

N^o 61

DU

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

ET DE SA

NATURE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 18 JUILLET 1896

PAR

Léon CROS

Né à Lunel (Hérault)

Interne des Hôpitaux de Nîmes (Concours 1894)

Ancien élève de l'Ecole de Santé militaire de Lyon (Concours 1890)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

CETTE

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DU COMMERCE, A. CROS

—
1896.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)
CARRIEU.....

DOYEN
ASSESEUR

PROFESSEURS

Hygiène
Clinique médicale.....
Clinique chirurgicale.....
Clinique obstétricale et gynécologie.....
Thérapeutique et matière médicale.....
Clinique médicale.....
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....
Physique médicale.....
Botanique et histoire naturelle médicale.....
Clinique chirurgicale.....
Clinique ophtalmologique.....
Chimie médicale et pharmacie.....
Physiologie
Histologie
Pathologie interne.....
Anatomie.....
Opérations et appareils.....
Médecine légale et toxicologie.....
id. Sarda (Ch. du c.)
Anatomie pathologie.....
id. Bosc (Ch. du c.)
Microbiologie.....

MM. BERTIN-SANS.
GRASSET (✱)
TEDENAT.
GRYNFELTT.
HAMELIN (✱).
CARRIEU.
MAIRET (✱).
IMBERT.
GRANEL.
FORGUE.
TRUC.
VILLE.
HEDON.
VIALLETON.
DUCAMP.
GILIS.
ESTOR.
N...

N...

N...

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, DUBREUIL (✱), PAULET (O ✱).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.
Accouchements.....
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..
Clinique annexe des maladies des vieillards.
Pathologie externe.....

MM. BAUMEL, agrégé.
PUECH, agrégé.
BROUSSE, agrégé.
ESPAGNE, agrégé libre.
N...

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BAUMEL
BROUSSE
SARDA
LECERCLE
RAUZIER

MM. LAPEYRE
MOITESSIER
BOSC
DE ROUVILLE
PUECH

MM. VALLOIS
MOURET
DELEZENNE
GALAVIELLE

MM. H. GOT, *secrétaire*,
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET, *président*
BROUSSE.
DUCAMP.
SARDA.

La faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de piété filiale et de reconnaissance.

LÉON CROS.

A MA FIANCÉE
MAD^{LLE} SUZANNE DUVERDY
ET A SA FAMILLE

Témoignage de gratitude pour la constante sollicitude
et l'affection qu'elles m'ont témoignées.

A MA SŒUR
ET A MON BEAU-FRÈRE

Souvenir affectueux.

LÉON CROS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

Professeur de Clinique médicale,
Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROUSSE

Chef des Services de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'Hôpital suburbain
de Montpellier

LÉON CROS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REBOUL

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes

Membre correspondant de la Société de Chirurgie

A TOUS MES MAÎTRES

DES HOPITAUX DE MONTPELLIER, DE LYON
ET DE NÎMES

LÉON CROS.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

LÉON CROS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555604_0097

PRÉAMBULE

Dans des leçons cliniques faites à l'hôpital suburbain de Montpellier au mois de Mars de cette année, M. le professeur agrégé Brousse a insisté sur la fréquence des antécédents et des accidents tuberculeux chez les malades atteints de Lupus érythémateux.

Deux cas de cette affection qui se sont succédé dans le service, semblent plaider en faveur de sa nature tuberculeuse encore tant discutée et que M. Besnier attribue depuis longtemps, avec tant de conviction et de talent, à toutes les variétés lupiques. Ch. Lailler et A. Mathieu faisaient déjà remarquer en 1886, que « les auteurs qui diffèrent radicalement d'opinion sur la nature étiologique du lupus, s'accordent à admettre l'unité de l'espèce lupus, dont le type tuberculeux et le type érythémateux ne sont que des variétés. Cela est important à constater puisque la nature bacillaire du lupus vulgaire est sur le point d'être démontrée. »

En effet, les plus récalcitrants ont été forcés aujourd'hui de reconnaître cette étiologie au lupus de Willan. Les faits cliniques joints aux faits expérimentaux ont triomphé de toutes les résistances. Cependant la plupart des auteurs étrangers unis à quelques dermatologistes français refusent encore au lupus érythémateux la nature tuberculeuse ; et, pour ce faire, ils nient l'existence des formes mixtes, autrefois admises, qui relient si

étroitement les deux types de lupus dont les lésions sont si distinctes au premier abord.

La vieille école de Montpellier a toujours défendu les relations cachées entre les affections apparentes et les maladies générales ou diathèses. Il n'est donc pas inopportun de soutenir dans cette faculté une théorie tendant à rattacher les lésions du lupus érythémateux à la tuberculose, surtout au moment où l'on cherche à faire rentrer des lésions cutanées, considérées jusqu'ici comme autonomes, dans le cadre de cette maladie générale (Pityriasis rubra, etc.).

Comme l'a dit Radcliffe Crocker, « la série des lésions cutanées ou autres qui ont le bacille tuberculeux pour origine directe ou indirecte est autrement étendue que celle qui a été tracée par l'école histologique. »

Nous n'apportons aucune expérience nouvelle. Le temps nous a manqué pour nous lancer dans cette voie. Nous avons du moins recueilli, en fouillant la littérature médicale de ces dernières années, une trentaine d'observations. Elles viennent à l'appui des relations que nous nous sommes efforcés de soutenir en nous appuyant surtout sur la clinique. Nous avons essayé de dégager quelques conclusions de l'étude attentive de ces observations dont deux sont inédites et dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Brousse.

Tout en ne négligeant pas les différents chapitres de l'étude du lupus érythémateux, nous avons surtout insisté sur l'étiologie de cette affection. C'est là, en effet, que nous avons trouvé les arguments les plus probants en faveur de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux. Aussi les observations publiées, qui tendent toutes à soutenir cette thèse, sont-elles intercalées dans le texte de ce chapitre.

Nous croyons qu'un travail d'ensemble réunissant les arguments et les faits favorables à la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, peut être de quelque utilité, ne serait-ce qu'en provoquant de la part d'observateurs compétents des recherches et des expériences nouvelles.

En terminant nos études, nous adressons tous nos remerciements à ceux qui nous ont aidé de leurs conseils et de leur appui : à nos maîtres des hôpitaux de Montpellier et des hôpitaux de Lyon.

Nous n'avons garde d'oublier que nos premiers initiateurs dans l'art de la clinique sont les répétiteurs de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon. La démission qui nous a fait abandonner de si bonne heure la médecine militaire, ne nous a point délié de notre dette de reconnaissance à leur égard.

Nous avons quitté avec regret l'internat des hôpitaux de Nîmes où nous avons trouvé d'excellents camarades et des chefs de service plein de bienveillance.

Que M. le docteur Reboul, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, membre correspondant de la société de chirurgie, reçoive nos remerciements pour l'excellent enseignement chirurgical qu'il nous a donné.

M. le professeur agrégé Brousse nous a inspiré l'objet de ce travail et nous a prodigué ses conseils pour son exécution. Nous lui en avons une vive reconnaissance.

Nous sommes très obligé à M. le professeur Grasset de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DU

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

ET DE SA

NATURE TUBERCULEUSE

CHAPITRE PREMIER

Définition et Historique

DÉFINITION. — Le *lupus érythémateux* est une inflammation spéciale de la peau, ayant pour caractéristique de se terminer par atrophie, et ne tendant ni à l'ulcération, ni à l'hypertrophie des téguments atteints. Ces quelques mots suffisent à donner une idée générale du *lupus* et à le différencier d'une affection plus commune, portant également le nom de *lupus*. J'ai nommé la lésion décrite pour la première fois par Willan.

Certains auteurs, Kaposi, Leloir, regrettent cette similitude de nom entre deux affections qu'ils considèrent comme absolument distinctes. Nous verrons que, sous les différences apparentes, il y a une communauté d'origine et de nature qui justifie l'appellation contestée.

HISTORIQUE. — L'idée d'une forme de lupus distincte de la forme décrite par Willan, appartient à Bielt (1). Dès 1828, dans une de ses leçons cliniques, il décrit le *lupus érythémateux* comme une variété de *lupus non exedens*. « Le lupus étendu sur une surface plus ou moins large, dit-il, offre quelques variétés qui méritent d'être décrites. Ainsi, dans quelques cas bien rares, la maladie semble n'affecter que les couches les plus superficielles du derme. On observe cette variété à la face, aux joues en particulier. *Il ne se développe pas de tubercules*, il ne se forme pas de croûtes, mais la peau prend une teinte rouge ; des exfoliations épidermiques ont lieu sur la surface malade ; la peau s'amincit graduellement ; elle est lisse, luisante, rouge et offre ensuite l'apparence d'une cicatrice qui se serait formée après une brûlure superficielle : la rougeur disparaît sous la pression du doigt. »

On voit par cette citation qu'on n'aurait rien à reprendre aujourd'hui à cette description du *lupus érythémateux* type.

Bateman (2) avait observé lui aussi des cas de *lupus érythémateux*. La planche XVIII de son atlas en fait foi. Il en fait une variété localisée d'ichthyose.

Rayer (3), dans son *traité théorique et pratique des maladies de la peau*, montre qu'on ne peut rattacher l'affection décrite par Bateman aux ichthyoses ; il l'attribue à une altération des follicules sébacés.

(1) Leçons cliniques de Bielt, in abrégé pratique des maladies de la peau de Cazenave et Schedel, 2^{me} édition. 1833.

(2) Description and treatment of cutaneous diseases (London 1799) et synopsis of cutaneous diseases according to the arrangement of Dr Willan, Londres 1815.

(3) Traité théorique et pratique des maladies de la peau (2^{me} édition 1833).

Hébra ne fit donc pas œuvre de novateur en le décrivant en 1845 sous le nom de *seborrhée congestive*.

L'expression de *lupus érythémateux* a été inaugurée par Cazenave (1851) (1), qui, le premier, désigna ainsi l'affection qui fait l'objet de ce travail. Cette désignation a été universellement adoptée.

Devergie et Chausit attirent l'attention sur une forme spéciale de *lupus érythémateux* qu'ils appellent le premier *Herpès cretacé*, le second *Acné atrophique* et qui se distingue par un encroûtement plâtreux très adhérent, recouvrant les plaques.

Récemment, Unna (1882) a rangé le *lupus érythémateux* dans sa grande classe des ulérythèmes, où il a réuni toutes les lésions à tendances cicatricielles. Cette classification, qui met le *lupus érythémateux* à côté de lésions d'origine toute différente, ne donne aucune indication sur sa nature.

L'idée de l'origine scrofuleuse du *lupus érythémateux* fut indiquée explicitement par Devergie, Milcent, Baudelocque tout d'abord. Hardy et Bazin s'en emparèrent et l'établirent sur des bases cliniques solides.

Hardy (2) en fait une scrofulide érythémateuse et Bazin (3) une de ses scrofulides malignes.

La symptomatologie minutieuse du *lupus érythémateux*, la description de ses différentes variétés, l'adjonction de certaines éruptions généralisées de nature inconnue sont l'œuvre des au-

(1) Loco citato.

(2) Leçons sur les maladies de la peau, (1858).

(3) Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau (t. II 1856).

teurs modernes et en particulier de l'école de Saint-Louis. Sous la vigoureuse impulsion de Besnier, de Gaucher, de Brocq, les lésions lupiques ont été, non seulement soigneusement distinguées, mais leur nature intime, les racines cachées du mal, dont l'efflorescence lupique est la manifestation extérieure, commencent à être aperçues. Malgré les résistances de l'école de Vienne, il a bien fallu reconnaître l'étiologie tuberculeuse du lupus de Willan, défendue par Besnier. La victoire n'est qu'à demi gagnée puisque la plupart des auteurs étrangers et quelques dermatologistes français, contestent encore la même origine au lupus érythémateux. Mais la clinique accumule chaque jour des faits de plus en plus nombreux en faveur de l'étiologie soutenue par l'école française ; les objections théoriques cèdent le pas aux faits cliniques. Du reste, comme nous le verrons au chapitre de l'étiologie, l'expérimentation et les recherches microscopiques, qui semblaient défavorables jusqu'à ce jour à l'opinion de l'école française, commencent à lui donner raison.

CHAPITRE II

Symptomatologie

Le lupus érythémateux ne correspond pas à une seule et même lésion. On décrit en effet, sous ce nom, un certain nombre d'affections ayant un aspect, une évolution et un pronostic local en général bien différents. Cette variété dans les formes crée de grosses difficultés pour la description. Cependant, parmi les dissemblances, on trouve un certain nombre de points communs qui font du lupus érythémateux un groupe nosologique naturel. Ces caractères communs sont : 1^o la présence de rougeurs, de squames et de croûtes ; 2^o l'évolution excentrique, 3^o la tendance à la dégénérescence et à l'atrophie cutanées.

Aspect général des lésions. — Le lupus érythémateux se montre au début sous l'aspect d'une élévation rouge ou violacée, plus ou moins étendue, en général de la grosseur d'une lentille ou d'un pois. Elle fait une légère saillie ; l'épiderme est tendu au dessus d'elle, luisant. Aussi la plupart des malades accusent comme début de leur affection un petit bouton qui se serait ulcéré sous l'influence du grattage et se serait peu à peu étendu en se recouvrant de croûtes (voir obs. IX et XI).

D'autrefois la lésion du début ne fait aucune saillie : c'est une tache rouge non prurigineuse, ne s'ulcérant pas, qui persiste en gagnant du terrain excentriquement (obs. XXII). Les bords sont en général d'un rouge un peu plus vif et surelevés : ils sont semés de nombreux points noirs dus à la présence de comédons. Le

centre se déprime souvent ou se recouvre de squames adhérentes envoyant un prolongement dans les orifices des glandes sébacées. Examinée attentivement, la plaque se montre recouverte d'un fin quadrillage de vaisseaux dont le centre des mailles est occupé par un point surélevé jaunâtre.

En saisissant la région atteinte entre le pouce et l'index, on se rend bien compte de l'induration et de l'infiltration du derme à son niveau.

Ces explorations provoquent une douleur légère en général; il existe quelquefois un prurit et une douleur spontanés.

Siège. — Le lupus érythémateux affectionne comme siège les parties périphériques éloignées du tronc, la tête, les mains et les pieds (E. Wilson). Mais il prédomine à la face, sur le nez, les joues, les paupières. L'étude des 29 observations que nous publions nous a donné les résultats suivants :

Sur 27 cas où la localisation est signalée, on trouve les lésions,

15 fois à la face seulement,

6 fois à la face et membres,

2 fois sur les membres seulement,

1 fois sur le cuir chevelu seul,

3 fois les lésions siègent sur les muqueuses isolément (1 cas) ou en coïncidence avec d'autres localisations.

Le lupus érythémateux peut en effet siéger aussi sur les muqueuses (Kaposi). Il s'y présente sous la forme de plaques exco-riées, recouvertes, suivant le moment de l'évolution, d'un enduit grisâtre opalin ou de cicatrices bleuâtres. Il y simule assez bien dans ses premiers stades les lésions syphilitiques (voir obs. IX et XXI).

Telles sont les lésions primordiales, mais il existe de nombreuses variétés tirées de leur marche, de leur siège, de leur aspect, etc.

Variétés. — I^o *Division de Brocq.* Se basant sur l'aspect et l'évolution des lésions, Brocq reconnaît deux grandes formes.

(A) *L'érythème centrifuge symétrique*, caractérisé par sa localisation habituelle à la face, par son extension centrifuge et symétrique, son évolution capricieuse, son apparition et sa disparition rapides sans laisser de traces. Cette lésion peut également siéger aux oreilles, sur les lèvres où l'on rencontre plutôt le *lupus érythémateux fixe*. On la voit aussi au cuir chevelu où il en résulte des plaques alopéciques limitées, glabres, à contours géographiques, ressemblant à des plaques de pelade ; sur les doigts où elle peut simuler des engelures (*lupus chilblain d'Hutchinson*).

(B) Le *lupus érythémateux fixe* n'a pas de tendance à la symétrie. Ses localisations sont plus disséminées ; — les lésions s'agrandissent non par extension des bords, mais par multiplication des points attaqués ; elles sont profondes, le derme est infiltré, d'une dureté cartilagineuse dans quelques cas. — Elles persistent longtemps et, quand elles retrocèdent, elles laissent des cicatrices plissées, indélébiles.

Brocq signale, comme des formes à part, le *lupus localisé* primitivement aux mains, surtout signalé en Allemagne et en Angleterre, et le *lupus généralisé*, à évolution rapide, accompagné de fièvre et de symptômes généraux graves.

La division de Kaposi en *lupus érythémateux discoïde* (érythème centrifuge de Brocq) et *lupus érythémateux disséminé ou agrégé* (*lupus érythémateux fixe*) correspond en somme à la précédente.

II° *Classification de Besnier.* — Aussi avons nous hâte d'arriver à la classification de Besnier. Elle est complexe, il est vrai, mais ce caractère est en rapport avec la variété des lésions. Nous croyons cependant utile, à l'exemple de Gaucher, de décrire à part les formes généralisées du lupus érythémateux. Cette généralisation elle-même et les symptômes qui l'accompagnent constituent des différences assez marquées pour qu'on ne les confonde pas dans une même description avec les formes localisées.

I° *Lupus érythémateux localisés.* — Considérant la diffusion des lésions dans le système vasculaire vague du derme ou leur localisation dans les appareils différenciés (glandes, etc.), Besnier décrit deux grandes formes comprenant elles-mêmes de nombreuses variétés.

(A) Le *type vasculaire ou érythémateux* présente des plaques ou des nappes lisses ; les vaisseaux dilatés laissent transsuder le sérum, d'où œdème et élévation légère des plaques. La coloration rouge disparaît sous la pression du doigt. La peau est lisse ou luisante, ou couverte de matières grasses et de squames adhérentes.

Les altérations sont arrondies en général, à bords bien limités ; elles s'étendent par un processus centrifuge et le centre revient à l'état normal ou prend un aspect cicatriciel (*erythème centrifuge*).

Ce type vasculaire comprend trois grandes variétés.

(a) Le *lupus érythémateux simple* envahissant surtout la face, dans certains cas présentant une desquamation de diverse forme (*lupus érythémato-squameux, pityriasiforme, psoriasiforme*). Il a une tendance marquée à la symétrie et lorsque, siégeant sur le dos du nez, il s'étend régulièrement sur les deux joues, semblable

à une chauve souris appliquée sur la région, les ailes étendues, on lui donne le nom de *vespertilio*.

(b) Le *lupus exanthématique* ou *exanthématoïde* a une tendance à la symétrie comme le précédent : sa marche est subaiguë intermittente; il peut disparaître sans laisser de cicatrices.

(c) Le *lupus érythémateux asphyxique* ou *pernio* se montre comme les engelures vulgaires, aux extrémités. Il présente la même teinte livide que ces dernières; il s'en distingue par sa persistance en toute saison et par des points nécrobiotiques qui laissent de vraies pertes de substance.

II° (B) La deuxième grande forme de Besnier, *lupus érythémateux folliculaire* ou *acnéique* se voit rarement à l'état pur, presque toujours il y a un peu d'hyperhémie au dessous de l'exsudat plâtreux grisâtre qui recouvre les plaques. Cet exsudat est rendu adhérent par les prolongements qu'il envoie dans les orifices dilatés des glandes cutanées.

(a) Le *Lupus érythémateux folliculaire* ou *acnéique* pur est une forme rare. Elle correspond à l'*herpes crétacé* de Devergie, à l'*acné atrophique* de Chausit, à la *scrofulide cornée* ou *acnéique* d'Hardy.

(b) La forme *érythémato folliculaire* est la plus fréquente. L'enduit plâtreux est accompagné d'érythème soit au centre de la plaque, soit plus souvent sur ses bords. La surface centrale est creusée en cupules ou au contraire surélevée quand l'exsudat n'a pas été enlevé. Quand les follicules sont détruits, le centre devient glabre et cicatriciel.

L'érythème des bords disparaît quelquefois sous l'exfoliat accumulé à ce niveau : ils sont alors surélevés. Ces bords peu-

vent s'aplanir au point de donner à la lésion l'aspect d'une plaque d'eczéma.

L'exsudat, au lieu d'être plâtreux et sec, est dans quelques cas formé de matière sébacée concrétée ou par un enduit gras. Ces variétés justifient les appellations *d'acné sébacée concrète*, de *lupus séborréique* ou *séborrhagique*.

Au point de vue de sa localisation et de son extension, ce lupus mixte est tantôt discret, se portant de préférence à la face (nez, oreilles, joues), à évolution excentrique ; d'autrefois il est agminé, occupant des surfaces plus larges, à lésions plus superficielles, se localisant souvent à une région déterminée comme le cuir chevelu et gagnant souvent les muqueuses. Il est grave en ce sens qu'il est souvent accompagné de manifestations viscérales ou articulaires.

II° *Lupus généralisés*. — Les cas de lupus généralisés se multiplient tous les jours à mesure qu'on en fait mieux le diagnostic. Autrefois, on rapportait à toute autre cause, telle que la grippe ou une infection banale, ces éruptions plus ou moins étendues accompagnées de symptômes graves, œdèmes, arthropathies, albuminurie, fièvre, etc. On conçoit en effet que ces signes d'intoxication générale étaient peu en rapport avec l'idée de maladie locale, d'inflammation banale qui s'attachait au lupus érythémateux.

L'erreur était d'autant plus facile que les éléments caractéristiques de la maladie, les placards types, n'apparaissent pas toujours au début sous leur forme habituelle et simulent des éruptions de nature diverse. Kaposi a le premier signalé ces généralisations du lupus. Hallopeau, Besnier, Pétrini,

Philippson, Brocq, du Castel, Gaucher et bien d'autres en ont depuis cité de nombreuses observations.

Généralement le lupus débute par la face ; quelque temps après, apparaissent des altérations sur le cou et le haut de la poitrine, le dos des mains, les côtés des doigts, etc ; la face palmaire des membres supérieurs est rarement atteinte.

On peut classer ces lupus généralisés suivant une échelle de gravité :

(a) La variété la moins grave se montre principalement chez les jeunes sujets, souvent à l'occasion du froid (lupus engelure). La lésion est superficielle et ne donne pas lieu à des cicatrices après sa disparition. Elle est bénigne à ce point de vue, mais c'est une bénignité relative, car elle est souvent suivie de localisations tuberculeuses viscérales ou d'adénopathies.

(b) *La forme chronique des adultes* se fait remarquer par sa marche très lente, par sa persistance dans le même état sans grandes modifications. Besnier a cité le cas d'une infirmière de l'hôpital Saint-Louis atteinte de lupus généralisé depuis de longues années et qui fait son service malgré des congestions bronchiques fréquentes, de l'œdème des membres inférieurs et une albuminurie considérable.

(c) *La forme subaigüe de l'adulte*, accompagnée ou non d'arthropathies, présente souvent un aspect en cocarde. Chaque disque est formé d'une partie centrale recouverte d'un exsudat squameux et de deux anneaux l'un rouge pâle, l'autre extérieur rouge vif, faisant un grand contraste avec le centre. Cette variété se distingue par sa généralisation simultanée à la face et aux extrémités et par son évolution rapide.

(d) Enfin la forme *aigüe, infectieuse* emporte les malades en peu de temps, au milieu de symptômes pulmonaires, cardiaques et rénaux qui témoignent de la malignité spéciale de l'infection.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Recherches anciennes. Localisation des lésions dans les glandes sébacées. — Il y a quelques années, l'anatomie pathologique du lupus érythémateux était peu connue.

Nous voyons en effet Gibert, Rayet, Cazenave et Hardy parler vaguement d'inflammation ou de dégénérescence de la peau, sans essayer d'introduire la moindre précision dans la localisation primitive de la lésion ou dans son mécanisme.

En Allemagne, les mêmes vagues indications se retrouvent dans les publications de Lebert et de Virchow. Hebra précisa le premier le siège anatomique des lésions et Neumann, Geddings (1) Kaposi, confirmèrent ses travaux. Le nom caractéristique de *séborrhée congestive*, donné par Hébra à cette affection et qui fut accepté après lui par les auteurs allemands, indique bien la localisation qu'ils lui attribuaient.

Ils la considéraient comme une inflammation parenchymateuse des glandes sébacées, se manifestant par un gonflement des cellules épithéliales et accompagnée d'une dilatation des vaisseaux sanguins et d'un œdème du tissu conjonctif entourant les glandes sébacées. De son côté Neumann (2) trouvait « la paroi

(1) Geddings — Sitzungsab., der K. Akad. 1868.

(2) Leçons sur les maladies de la peau (1873) et Wien. Medic. Wochenschrift (1863).

des glandes sébacées épaissie par l'accumulation de cellules du tissu conjonctif qui apparaissent en grande quantité aussi bien en dehors qu'en dedans des glandes sébacées. Sous ces efflorescences le changement va s'accroissant ; les glandes ont perdu leur structure en forme d'acini ; après l'oblitération de leur conduit excréteur, elles se sont transformées en petits corps sphériques, semblables à des grains de millet, à contenu friable. »

Cette localisation des lésions dans les glandes sébacées, sur laquelle a encore insisté récemment Schütz (1), semblait confirmée par l'aspect de certaines formes de lupus érythémateux. A la surface du lupus de *forme acnéique (herpès crétacé de Devergie)*, on constate en effet une couche de matière grasse ou bien sèche et pulvérulente, formant un revêtement continu à l'épiderme ; si on l'arrache du plan sous-jacent, on voit la surface inférieure de cette couche hérissée de petits prolongements qu'elle envoie dans les orifices des glandes.

Recherches récentes. Lésions diffuses. — Le docteur Lelongt, dans sa thèse (2), a exposé le résultat de ses recherches microscopiques qu'il a entreprises avec le concours de Messieurs Vignal et Malassez et il a montré que les lésions étaient en réalité beaucoup plus générales que ne les décrivent les auteurs allemands. Elles donnent bien lieu, il est vrai, à des altérations du côté des glandes sébacées, mais seulement par un processus secondaire.

Description des lésions. (A) Lésions du derme. — Le professeur Leloir, dans un travail publié par les *Archives de Physio-*

(1) Archiv. für dermat. und syph. (1890)

(2) Thèse de Paris. (1877).

logie en 1890, a confirmé les recherches de Lelongt et a dit le dernier mot sur l'anatomie pathologique du *lupus érythémateux*.

La lésion essentielle est une infiltration diffuse de tout le derme par des cellules de nouvelle formation. Cette infiltration est plus accentuée dans le territoire limité en haut par l'épiderme et en bas par les vaisseaux horizontaux. Jamais le tissu cellulaire sous cutané n'est le point de départ du mal, comme l'ont écrit Geber, Stroganoff et Kaposi. Mais, d'après Lelongt, l'infiltration pourrait atteindre secondairement le derme. Le *lupus érythémateux*, caractérisé par la superficialité des lésions, se transformerait alors en une forme mixte *érythémato tuberculeuse*. Cette évolution que, Lelongt a voulu généraliser, a lieu cependant dans certains cas (Th. de Lacavalerie, Paris 1895).

Les cellules infiltrées ont tous les caractères morphologiques et chimiques des cellules embryonnaires. Leur origine est double : elles proviennent et des globules blancs issus des vaisseaux par diapédèse et de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif revenues à l'état jeune. Leur vitalité est variable, ce que montrent leurs différents modes de se comporter en présence des réactifs, mais elles sont en général moins vivaces que les cellules du *lupus vulgaire*.

Elles subissent rapidement la dégénérescence granulo-graisseuse comme les cellules infiltrées du *lupus* de Willan : mais dans ce cas, la dégénérescence se fait en masses, en noyaux, de façon à donner lieu aux granulations sucre d'orge caractéristiques. Ici, au contraire, le processus dégénératif est diffus et s'empare des cellules individuellement.

Leloir n'a jamais rencontré de cellules géantes véritables au milieu de l'infiltrat. Tous les observateurs étaient d'accord pour

reconnaitre l'absence de ces cellules et de bacilles de Koch dans les coupes des tissus malades.

Audry, le premier, (obs. XXIV) a rencontré des lésions tuberculeuses très nettes.

Mais en dehors de l'infiltration embryonnaire, quelles sont les lésions des organes intradermiques ?

(a) *Lésions des vaisseaux.* — Les vaisseaux dilatés sont atteints d'endo - et de perivascularite oblitérantes. Leur paroi revient à l'état embryonnaire et donne lieu à des vaisseaux de nouvelle formation. Les cellules embryonnaires sont plus abondantes autour d'eux, ce qui s'explique par l'intensité de la diapédèse. En quelques points, il y a des hémorragies interstitielles par infiltrations de globules rouges.

(b) *Altérations des glandes.* — Les glandes pilo-sébacées sécrètent beaucoup au début de l'affection ; plus tard, elles s'atrophient comme tous les éléments du derme. Leurs conduits excréteurs s'oblitérant, elles se transforment en kystes remplis de cellules dégénérées et donnent lieu à la formation des corpuscules de milium semés à la surface des plaques de lupus érythémateux.

Les bouchons muqueux qui hérissent la face inférieure de l'enduit plâtreux recouvrant les lésions ont la même origine.

La dégénérescence et l'atrophie s'emparent également des glandes sudoripares et des follicules pileux ; aussi les poils tombent ou expriment leur souffrance par leur couleur terne et la division en pinceau de leur extrémité libre.

(c) *Altérations des nerfs.* — Les nerfs sont sains en général. Les espaces et les vaisseaux lymphatiques des parties profondes sont dilatés.

(B) *Lésions épidermiques* — L'épiderme subit le contre-

coup des lésions dermiques primitives ; au contact de l'infiltrat embryonnaire et sous l'influence des lésions vasculaires, il dégénère et s'atrophie. La dégénérescence se montre d'abord dans les prolongements interpapillaires du corps de Malpighi. Ils sont résorbés en premier lieu, d'où la disparition de la ligne ondulée qui marque les limites du derme et de l'épiderme. La couche granuleuse, le stratum lucidum dégénèrent également. La couche cornée persiste très amincie, et dans les points où les lésions sont avancées, le seul vestige de l'épiderme est formé par une lame cornée très mince, plissée, comme à la surface de certaines cicatrices.

Les muqueuses atteintes de lupus érythémateux présentent les mêmes lésions, avec tendance à la kératinisation.

(C) *Conclusion.* — D'après ce qui précède, on peut décrire deux phases aux lésions microscopiques du lupus érythémateux.

Dans une première période, il y a infiltration de cellules embryonnaires, dilatation des vaisseaux, transformation des glandes en kystes, etc... c'est la période d'infiltration ou d'inflammation.

Dans la seconde phase, tous les organes dégénèrent et disparaissent par résorption interstitielle y compris les cellules embryonnaires infiltrées ; c'est la période d'atrophie.

CHAPITRE IV

Étiologie

On peut diviser les causes qui président à l'éclosion du lupus érythémateux en prédisposantes et déterminantes. Il y a en plus un élément spécifique, la nature intime encore tant discutée de cette affection. Nous l'étudierons à part et nous lui consacrerons un long développement en raison de son importance.

(A) *Causes prédisposantes.* — (a) *Générales.* L'influence des climats est manifeste. Dans les régions froides et humides, le lupus érythémateux est plus fréquent. Dans les traités de pathologie tropicale, au contraire, on trouve rarement mentionnée l'existence du lupus en général. Dans notre propre pays, on peut constater ces différences en rapport avec les températures régionales. Tandis que le lupus en général est relativement fréquent dans le Nord, à Lille et même à Paris, on le rencontre rarement à Montpellier (Brousse).

Contrairement à l'opinion émise par Hébra, l'affection serait plus fréquente chez les habitants des villes qu'à la campagne, (statistique de l'hôpital Saint-Louis, in Th. de Renouard, Paris 1884).

(b) *Individuelles.* — L'hérédité des lésions lupiques elles-mêmes est relativement rare chez les malades atteints de lupus érythémateux, quoiqu'on puisse en citer de nombreux cas (observ. IX et X) ; mais l'hérédité d'une infection ou d'une dystrophie spéciale (scrofule

ou tuberculose) est évidente chez les lupiques. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette question.

Le *Lupus érythémateux*, contrairement au *lupus vulgaire*, apparaît surtout à l'âge adulte. Les cas où la lésion se montre dans le jeune âge sont exceptionnels (obs. VI et VII). D'après les dernières statistiques publiées (E. Wilson, Renouard), la moyenne serait entre 12 et 48 ans. Si nous étudions à ce point de vue les 29 observations que nous rapportons plus loin, nous voyons que, sur 20 cas où la date du début est signalée, on le rencontre :

2 fois		de 0 à 10 ans.
8 «		de 10 à 20 »
4 »		de 20 à 30 »
6 »		de 30 au-dessus.

La moyenne de cette statistique est 27 ans.

L'influence du sexe n'est pas moins manifeste. Tous les auteurs ont signalé la prédominance du *lupus érythémateux* dans le sexe féminin :

(E. Wilson)	Sur 56 cas	41 femmes pour 15 hommes
(Hébra)	» 22 »	15 » » 7 »
(Renouard)	» 120 »	81 » » 39 »

Les 29 observations que nous publions donnent un total de 17 femmes contre 12 hommes.

Cette influence du sexe doit probablement être expliquée par la prédominance chez la femme du tempérament lymphatique qu'on rencontre chez la plupart des malades atteints de *lupus érythémateux*.

La femme présente également une prédisposition importante du fait des congestions actives réflexes à laquelle elle est soumise. Les règles et, en général, toutes les modifications de la zone

génitale sont souvent accompagnées de congestions du côté du visage. Brocq a bien mis en lumière ces faits et il en a tenu grand compte dans la thérapeutique des formes congestives du lupus érythémateux (voir le chapitre de la thérapeutique).

D'autrefois l'hyperhémie des régions le plus souvent atteintes par le lupus érythémateux (visage, mains, etc.) est attribuable à des congestions d'ordre externe. Les professions qui exposent ces parties à des modifications circulatoires fréquentes sont indiquées très souvent dans les antécédents des malades : cuisiniers (obs. X, XXI, XXII), maréchal-ferrant (obs. IV), portefaix (obs. IX).

(B) *Causes occasionnelles.*— Elles sont nombreuses. Les variations brusques de la température et de la pression atmosphérique font progresser les lésions lupiques. On peut en inférer qu'elles contribuent à leur formation. C'est un élément secondaire mais dont il y a lieu de tenir compte en thérapeutique.

Les saisons froides sont presque partout indiquées comme la période d'apparition et d'accroissement du lupus érythémateux. Ceci est surtout vrai pour le *lupus pernio* d'Hutchinson dont le diagnostic différentiel avec les engelures simples est si délicat au début.

Toutes les effractions de l'épiderme, les traumatismes, les éruptions de diverse nature précèdent souvent les localisations de l'affection. Kaposi mentionne d'une façon spéciale la séborrhée congestive, qu'il considère comme le stade le moins avancé du lupus érythémateux. Besnier ne voit là, à juste titre, qu'une cause occasionnelle ou une prédisposition au lupus. Des nodosités blanchâtres prurigineuses, de durée éphémère, comme les éruptions d'urticaire, ont précédé, dans quelques cas, les localisations

du lupus érythémateux (voir obs. V). D'autres éruptions de nature diverse ont été signalées (obs. VII, VIII et X).

D'autrefois ce dernier fait son apparition à la suite d'une maladie débilitante, rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde, érysipèle de la face. On remarquera que quelques-unes de ces maladies prédisposent également à la tuberculose.

Mais, occasions et prédispositions ne suffisent pas à créer le lupus érythémateux. Tous les sujets qui sont exposés à ces causes n'en sont point atteints. Il faut donc chercher autre chose, infection ou tempérament spéciaux, pour expliquer l'éclosion de la maladie.

(C) *Problème étiologique. Nature du Lupus érythémateux.* — Tout le monde s'accorde à reconnaître que le lupus érythémateux atteint les sujets lymphatiques ou scrofuleux, les gens en état de misère physiologique. Toutes les conditions d'hygiène, habitation, nourriture, condition sociale qui influencent l'éclosion des maladies tuberculeuses, font également sentir leur action dans la genèse du lupus érythémateux. Est-ce là une simple coïncidence entre deux maladies différentes soumises aux mêmes éléments étiologiques, ou bien la tuberculose et le lupus érythémateux doivent-ils être confondus. C'est le point le plus important et le plus discuté de la question que nous traitons.

(D) *Evolution de la question. Diverses opinions émises sur la nature du lupus érythémateux.* — Nous avons vu au chapitre de l'historique général que les premiers observateurs ont été frappés de la fréquence des affections scrofuleuses ou tuberculeuses chez les malades porteurs du lupus érythémateux (Gintrac, Devergie, Baudelocque). Hardy fait rentrer le lupus érythémateux dans ses classifications sous le nom de scrofulide érythéma-

teuse ou érythémato-squameuse. Il constitue une des scrofulides malignes de Bazin.

Les découvertes bactériologiques modernes ont démembré le chapitre de la scrofule, au profit de celui de la tuberculose et les dermatologistes français, continuateurs de l'œuvre de leurs devanciers, ont rattaché unanimement le lupus à la tuberculose, du moins pour ce qui concerne le lupus vulgaire (Hillairet, Lailler, Guibout, E. Vidal, Besnier).

Au contraire, les élèves de Hebra, dont Kaposi (1) à Vienne est le représentant le plus autorisé, considèrent le lupus comme une inflammation spéciale, idiopathique ou comme un néoplasme. — Auspitz (2) se moque même de la manie des français de vouloir rattacher la plupart des affections, à des maladies cachées, aux fameuses *diathèses*. C'est ce qu'il nomme la *Diathesenmarotte der Franzosen*.

Cette marotte des *diathèses*, dont se raille si lourdement Auspitz, a pourtant conduit à la connaissance de la nature du lupus vulgaire. Personne aujourd'hui ne conteste plus qu'il soit une lésion tuberculeuse. Kaposi reste seul ancré dans son erreur, en dépit de la découverte du bacille de Koch dans les tissus malades et malgré les tentatives d'inoculations répétées tant de fois avec succès. L'exactitude de l'étiologie que Besnier défendait dès 1880, au nom de la seule clinique, est donc vérifiée par l'expérimentation pour le lupus de Willan. Mais les résistances persistent, encore nombreuses, quand il s'agit d'attribuer la même origine au lupus érythémateux. En France même, des der-

(1) Maladies de la peau. Trad. Besnier et Doyon 1891.

(2) Archiv. für dermatol. und syph. 1871.

matologistes éminents tels que E. Vidal, Leloir, font leurs réserves sur ce point d'étiologie.

La question de la nature du lupus érythémateux fut posée pour la première fois par Kaposi au Congrès international de médecine de Londres en 1881. Pour le rapporteur, Malcolm Morris, cette lésion est une inflammation banale, de la nature des érythèmes, attribuable à des agents extérieurs d'irritation, tels que le froid, la chaleur. Il lui dénie tout caractère infectieux.

Dans la discussion, MM. Veiel, Pétrini, Radcliffe-Crocker, Rosenthal, se rallient à l'étiologie admise par Malcolm Morris. Cependant ils citent des faits qui sont plus que suffisants pour faire admettre que la fréquence de la tuberculose chez les malades atteints de lupus érythémateux ne doit pas être rattachée à une simple coïncidence.

Veiel, par exemple, constate que, sur 119 malades atteints de lupus érythémateux, plus d'un tiers présentaient une tuberculose concomitante et beaucoup d'autres ont réagi à des injections de tuberculine.

Pétrini rapporte l'observation d'un malade atteint de lupus éryth. généralisé qui mourut au milieu de symptômes fébriles et d'hémoptysies. A l'autopsie, on constata des lésions qui sont habituellement tuberculeuses, telles qu'une pachyméningite de la région cervicale de la moelle, etc. Cependant Pétrini attribue la mort à une grippe intercurrente au lupus.

Enfin Radcliffe - Crocker est obligé de reconnaître la grande fréquence des antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels dans les observations de lupus érythémateux. Mais il en conclut que la tuberculose ne constitue qu'une simple prédisposition au lupus.

Dès l'origine du débat, les adversaires de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux apportaient donc des arguments en sa faveur.

Cependant E. Vidal, (1) en France, combat l'opinion de Besnier et de la majorité de ses compatriotes. A propos d'une malade présentée par Feulard, le 8 Juin 1889, à la société clinique de Saint-Louis (obs. XXI), il s'explique nettement sur ce point : « Le lupus érythémateux n'est pas de nature tuberculeuse, c'est une affection de nature inconnue ». Il avoue cependant avoir rencontré dans sa clientèle de nombreux cas de lupus érythémateux accompagnés de tuberculose ; il les explique par une pure coïncidence.

Le professeur de Lille, Leloir, est également un adversaire résolu de l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux. Dans son *Traité théorique et pratique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes* (Paris, 1894), il regrette qu'on ait appliqué le terme de lupus à une lésion qui diffère en tous points et surtout par sa nature du lupus vulgaire.

Brocq (2) admet des relations entre la tuberculose et le lupus érythémateux, mais il croit à une pathogénie différente suivant les deux formes de lupus éryth. qu'il décrit :

La forme fixe (*lupus constans*) pourrait bien être de nature réellement tuberculeuse, c'est-à-dire attribuable à l'implantation du bacille de Koch dans la peau des malades. Mais l'érythème centrifuge (*lupus fugax*), en raison de sa superficialité, et de son

(1) In. Ann. de Derm. et de Syph. compte-rendu de la 21^e séance de la société clinique de Saint-Louis, 8 Juin 1889.

(2) Thérapeutique des maladies de la peau, Paris 1891.

évolution capricieuse doit plutôt être rapporté à une origine toxi-infectieuse. Les microbes de la tuberculose, colonisant en quelque point de l'organisme, sécrètent des toxines dont l'élimination cutanée entraîne l'irritation des téguments et la formation de plaques d'érythème. En somme Brocq soutient que le lupus est une lésion tuberculeuse tantôt directement, tantôt indirectement.

Parmi les auteurs étrangers, Hutchinson est à peu près le seul à se ranger à côté de ceux qui défendent les relations étroites entre la tuberculose et le lupus érythémateux.

Pour lui (1) le lupus érythémateux serait compliqué plus souvent de tuberculose que le lupus vulgaire.

En somme, on peut ranger en trois catégories les diverses opinions émises sur la nature du lupus érythémateux.

1° Le lupus éryth. est une inflammation de cause banale ou un néoplasme (Ecole allemande et la plupart des auteurs étrangers).

2° Le lupus éryth. est une lésion tuberculeuse d'origine bacillaire.

3° Le lupus éryth. est une lésion tuberculeuse bacillaire ou toxi-infectieuse (Brocq, Besnier).

Nous allons successivement examiner aux points de vue étiologique, clinique, histologique, bactériologique, expérimental et thérapeutique, les divers arguments qu'on peut invoquer en faveur de l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux. Nous

(1) Leçons sur le lupus par le Dr Jonathan Hutchinson (The British medical journal 7 et 14 Janvier 1888 et The Lancet, 17 Janvier 1891).

rencontrerons, chemin faisant, les objections que ses adversaires lui opposent et nous en examinerons la portée. Nous discuterons d'abord la valeur relative de ces divers points de vue.

(E) *Prépondérance du point de vue clinique.* — Les arguments les plus probants sur lesquels s'appuyent les partisans de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux ont trait à la clinique. L'école anatomo-pathologique allemande, dédaignant ce point de vue, s'en tient à l'histologie et à l'expérimentation. Or, jusqu'à ces derniers temps, les examens microscopiques et les inoculations n'avaient encore fourni que des résultats négatifs. Mais il s'agit de savoir si l'on doit attribuer une importance aussi considérable à l'histologie et à l'anatomie pathologique pour vérifier des relations nosologiques que la clinique proclame tous les jours. Ces moyens d'investigation sont d'utiles auxiliaires pour la vérification des données cliniques, mais ils ne sauraient en rien infirmer les résultats fournis par cette dernière. Ces branches de la médecine ne datent que d'hier et les cliniciens ne les ont pas attendues pour faire des groupements naturels de maladies d'allures et d'aspects différents.

L'histoire du lupus vulgaire est là pour prouver que la clinique ne doit pas céder le pas à l'anatomie pathologique. Lorsque Besnier fit connaître les relations aujourd'hui admises par tout le monde entre la maladie de Willan et la tuberculose, les premières recherches des expérimentateurs (premières inoculations de Leloir, 1881) furent en désaccord avec ses assertions. Plus tard seulement V. Cornil et H. Leloir, (1883) obtinrent quelques résultats positifs (3 sur 16 cobayes inoculés). Il en fut de même pour les examens microscopiques. Des observateurs tels que Heidenhain, Baumgarten, Koster, Ziegler,

Kiener (1) nièrent tout d'abord la spécificité des lésions du lupus vulgaire. Les recherches ultérieures plus nombreuses et plus précises, la présence du bacille de Koch, que cet auteur venait de découvrir, firent triompher la conception purement clinique de Besnier. La clinique avait eu d'abord raison contre l'expérimentation. Or, que voyons-nous en compulsant les observations des malades atteints du lupus érythémateux, en fouillant dans leurs antécédents personnels et héréditaires ? Selon la remarque d'Hutchinson, l'association de lésions tuberculeuses se rencontre plus souvent chez les malades atteints de lupus érythémateux que dans les cas de lupus vulgaire.

(F) *Considérations étiologiques.* (a) *Antécédents personnels.* — Si nous envisageons l'aspect des malades, leurs antécédents pathologiques, nous trouvons signalés, dans la plupart des observations, les caractères attribués autrefois à la scrofule : facies particulier, lèvres épaisses, visage bouffi, gourmes, engorgements des ganglions cervicaux accompagnés ou non de suppurations, conjonctivites, kératites, etc. (voir obs. I, II, IV, IX, X, XI, XIV, XVI, XXII, XXIII, XXVI). La rougeole, la coqueluche sont souvent relatées dans les antécédents (obs. II, III, VII, IX, XI, XIV, XXIII). Or ces maladies infectieuses sont fréquemment suivies de tuberculose chez les sujets prédisposés.

Le lupus érythémateux aime donc la scrofule. Mais la plupart des accidents de la scrofule ne sont-ils pas classés aujourd'hui dans le chapitre de la tuberculose ? Ce qui reste de la scrofule, dépouillée de ses manifestations extérieures, n'est-ce pas

(1) Société médicale des hôpitaux, 11 février 1881 et Union médicale 1881, p. 364).

une organisation particulière de nos tissus propre à la culture du bacille de Koch ?

Mais il y a mieux ; des affections tuberculeuses avérées se trouvent fréquemment dans les antécédents personnels : bronchites chroniques avec ou sans hémoptysies, caries osseuses, coxalgie, mal de Pott.

Observation I

(Th. de RENOARD. Paris, 1884.)

Lupus érythémateux de la face et des extrémités. — Bronchite chronique. — Adénopathies.

T. Lucie, dix-huit ans. Début à seize ans.

Hérédité. — Mère ayant eu la gourme, pas de fausses couches ; quatre enfants dont un mort en nourrice.

Antécédents personnels. — La malade a été atteinte de gourme également : réglée à quatorze ans, bronchite à dix ans, rechute chaque hiver, pas d'hémoptysie, mains froides. Facies pâle, chlorotique, sur lequel tranche les deux cercles érythémateux des pommettes, longs cils, cheveux châtain. Adénopathie en chapelet superficielle et profonde le long du sillon latéral trapézo sternoïdien, remontant à trois ans : pas de suppuration ni de cicatrices. Muqueuses décolorées.

Lupus érythémateux en corymbe à centre pâle et cicatriciel, sur les deux pommettes, à la face dorsale des doigts, et sur les articulations métatarso-phalangiennes des deux pieds.

A l'examen de la poitrine : pas d'altération dans la tonalité, sensibilité plus accentuée à la percussion du sommet droit, et à la pression derrière le scalène correspondant. A l'auscultation : râles ronflants et sibilants au sommet droit ; respiration saccadée.

Traitement. — Toniques : On commencera bientôt l'électro-cautérisation.

Observation II

(RENOARD. loc. cit. (abrégée).)

*Lupus érythémato acnéique disséminé à la racine du nez.
Tuberculose laryngée.*

M...., trente ans.

Père mort de pneumonie.

Comme antécédents personnels, strume, adénopathie cervicale, rougeole bronchite.

Très amendé localement par l'iodoforme à l'intérieur ; le malade subit plus de 30 séances de scarifications et 12 d'électro cautérisations, il ne reste que fort peu de chose à l'heure actuelle ; mais depuis son entrée, sa voix d'abord légèrement enrouée, devient même éteinte. On a pu suivre les lésions progressives du larynx (rougeur des cordes vocales, épaissement, et, à l'heure actuelle, pâleur et aspect velvétique du début de la *tuberculose laryngée*.

Observation III

(RENOUARD. loc. cit.)

Lupus érythémateux du cou, érythémato tuberculeux des oreilles et scléreux du pied. — Tuberculose pulmonaire.

Du C. André, quarante ans.

Hérédité nulle. — Personnellement, le huitième enfant sur treize : otite externe à vingt-deux ans ; pleurésie gauche à trente-deux ans ; fièvre typhoïde avec rechute à trente cinq ans ; toux chaque hiver à la suite d'un coup de timon sur le sternum, hémoptysies abondantes et toux quotidienne avec expectoration rouge, ou contenant du sang liquide. A trente quatre ans, début d'un placard de Lupus érythémateux sur la région thyroïdienne. A trente six ans, lésions prises pour des engelures aux deux oreilles et formées par des placards de lupus érythémato-tuberculeux ulcérés. A trente sept ans, à la suite d'un traumatisme dû à la chaussure, lupus scléreux sur l'insertion calcanéenne du tendon d'Achille. Depuis six mois, perte des forces, de l'appétit, dégoût capricieux des aliments. La voix est enrouée depuis deux ans, l'examen laryngoscopique fait par le docteur Barataux montre un lupus du larynx consistant en petites saillies polypiformes de l'espace interaryténoïdien. A l'examen de la poitrine, matité au sommet droit et quelques râles sous crépitants dans la toux et les fortes inspirations.

Observation IV

(Th. de LAMAISSON, Montpellier 1883)

Lupus érythémateux chez un sujet scrofuleux. — Adénopathies
(abrégée)

R. B., dix-huit ans, maréchal ferrant, entre le 30 Juin à l'hôpital St-Eloi. Une sœur atteinte de conjonctivite chronique.

La santé du malade est assez bonne, mais il n'est pas très robuste : il est essoufflé lorsqu'il travaille un peu péniblement, facies lymphatique, lè-

vres épaisses, etc., conjonctivite. A droite, engorgement des ganglions parotidiens et sous maxillaires. A gauche, ganglions sous maxillaires seuls atteints.

Vers le 20 février 1883, apparition d'un lupus érythémateux occupant l'intérieur et l'orifice externe de la narine droite, se prolongeant en dehors sur l'aile du nez du même côté jusqu'au sillon naso-génien, atteignant en haut le dos de l'organe et tendant à passer du côté opposé.

Engorgement ganglionnaire ci-dessus mentionné. Traité alternativement par l'ignipuncture et les scarifications. Traitement interne par l'iodure de potassium et les pilules de Blaud associées à la rhubarbe.

Amélioration du lupus surtout sensible après les séances d'ignipuncture.

Observation V

Société française de Derm. et de Syph., séance du 13 Décembre 1894.
(Communication de MM. GAUCHER et BARBE)

Femme atteinte autrefois de tuberculose osseuse, présentant aujourd'hui des signes de bacillose pulmonaire et un lupus érythémateux symétrique des mains.

X... âgée de trente six ans, a vu survenir, il y a deux ans, l'éruption qu'elle présente actuellement sur les mains.

Antécédents. — A l'âge de huit ans, elle a présenté une carie du maxillaire inférieur qui a donné naissance à trois abcès froids ; ces abcès ont laissé des cicatrices à la région sous maxillaire gauche. Pendant cette carie, la malade a rendu quelques séquestres par la bouche. Si l'on palpe le maxillaire à gauche, on remarque que celui-ci est irrégulier, diminué de volume ; ce qu'il est d'ailleurs facile d'apprécier par ce fait que le menton est dévié, déjeté du côté gauche. Cette carie aurait duré sept ans.

Quelque temps après la guérison de cette affection osseuse, la malade aurait été atteinte d'ophtalmie.

Enfin, depuis deux ans, elle se plaint d'une petite toux sèche. L'examen de la poitrine fait constater en avant une légère submatité et une respiration très faible.

L'éruption actuelle a été précédée pendant une année environ, de l'apparition sur la face dorsale de la main droite, de nodosités blanchâtres qui étaient légèrement prurigineuses et duraient une heure environ. Ces nodosités se montraient tous les mois au moment des règles, surtout lorsque la malade plongeait les mains dans l'eau froide. Il est probable qu'il s'agissait

d'urticaire revenant périodiquement, mais cependant nous ne pouvons l'affirmer d'une façon catégorique.

Ces nodosités cessèrent de se produire il y deux ans, pour faire place à des taches d'un rouge violacé, qui se montrèrent sur la face dorsale de la main droite. Ces taches se réunirent bientôt en une seule et couvrirent toute la partie antérieure de cette face dorsale. Bientôt les doigts furent pris, et l'éruption ne tarda pas à gagner la face palmaire de la main, ainsi que celle des doigts.

Actuellement l'éruption présente la même disposition que précédemment. Sur la face palmaire, à cause de l'épaississement de l'épiderme, la teinte érythémateuse est peu visible : mais la peau de cette région a l'aspect de la pelure d'oignon. Enfin l'éruption de la face palmaire dépasse l'articulation du poignet pour remonter à trois centimètres au-dessus de l'interligne articulaire ; à ce niveau l'érythrodermie présente les caractères qu'elle offre sur la face dorsale.

A la main gauche survinrent, il y a deux ans, les mêmes nodosités qu'à la main droite : puis, il y a un an, apparut une éruption semblable à celle du côté droit. Sur la main gauche, la face dorsale est intacte, à l'exception d'une petite tache érythémateuse située au niveau du troisième métacarpien.

Il n'y a pas de démangeaisons ; mais, lorsque la malade plonge les mains dans l'eau froide, elle éprouve une sensation de constriction. Il n'y a jamais eu de suintement, ni de croûtes. Les ongles sont intacts. Par conséquent on peut éliminer l'eczéma qui est la seule maladie avec laquelle on pourrait confondre l'éruption de cette malade. A la face palmaire des mains, il y a bien des fissures, mais elles diffèrent de celles observées dans l'eczéma ; de plus, elles sont localisées aux plis articulaires.

Observation VI

In journal of cutaneous and. gen. urin. diseases (février, mars 1888).
(Docteur H. G. KLOTZ.) (résumée).

Jeune homme de 18 ans, né aux Etats-Unis, de parents allemands, un peu petit pour son âge, pâle, mal développé, atteint de *cyphose de la colonne vertébrale consécutive à une affection probablement osseuse qui survint et guérit dans le cours de la deuxième année*. Peu après la disparition des phénomènes inflammatoires du côté de la colonne vertébrale, à deux ans, la maladie de la peau actuelle commença à se développer, d'abord au pied gauche, puis peu après à la cuisse du même côté : depuis lors, elle a évolué lentement, sans causer trop de gêne ni de douleur, sans jamais s'accompagner de suintement ni de suppuration.

Après plusieurs jours d'application continuelle d'emplâtre salicylé à 5 0/0, les croûtes se détachent presque complètement et l'on voit que toute la partie centrale de la lésion est constituée par une surface inégale et irrégulière, couverte de nombreuses productions papillomateuses dures, sèches, de dimensions variables, arrondies, amincies, en massue, atteignant au centre jusqu'à 1 centimètre et plus de hauteur.

A la partie interne et postérieure de la cuisse existe un autre placard irrégulier, d'assez grandes dimensions, en tout semblable au précédent.

Après plusieurs péripéties rapportées tout au long dans l'observation, mais de peu d'importance, le malade finit par obtenir une certaine amélioration sous l'influence d'applications d'emplâtres à l'acide salicylique, et de l'administration à l'intérieur de l'arsenic. La santé générale était assez bonne.

Il serait bien étrange de constater ces coexistences fréquentes des localisations du bacille de Koch dans nos tissus et du lupus érythémateux si ce dernier n'était lui-même dû à la même cause.

(b) *Antécédents héréditaires.*— Les antécédents héréditaires ne sont pas moins instructifs. Tous les descendants de tuberculeux ne deviennent pas phtisiques. Par suite d'une hygiène appropriée ou de conditions de résistance particulière, ils peuvent rester indemnes ou ne présenter qu'une de ces tuberculoses locales à virulence atténuée dont le lupus en général est le type. Les parents directs ou collatéraux des malades sont souvent morts de tuberculose pulmonaire ou de méningite tuberculeuse, ou bien ils sont atteints de tuberculoses locales, abcès froids, coxalgie, ostéites.

Observation VII

(" LYON MÉDICAL " Février 1894, Dr ERAUD)

Lupus érythémateux chez une petite fille de 8 ans avec antécédents héréditaires tuberculeux

Ant. pers.— Petite fille de 8 ans : rougeole à deux ans, scarlatine à trois ans, coqueluche à cinq ans. A la même époque fracture du cubitus dont le cal est perceptible et non douloureux. A cinq ans et demi, coup de couteau

dans l'œil gauche ayant causé de graves désordres (hernie de l'iris, taie de la cornée).

Ant. hérédit. — Mère atteinte de coxalgie dans son enfance : elle présente actuellement un raccourcissement notable du membre atteint : deux sœurs mortes de méningite tuberculeuse.

Etat actuel. — Facies lymphatique type : L'affection actuelle aurait débuté il y a deux ans par une éruption généralisée sur tout le tégument. Le diagnostic aurait été variole. Mais les boutons n'ont jamais suppuré et l'enfant ne s'est pas alité. On constate aujourd'hui les cicatrices de cette éruption.

Deux mois après, plaque sur la région antérieure du cuir chevelu, accompagnée de desquamation pityriasiforme de toute la région. — Diagnostic : Lupus érythémateux et séborrhée.

Traitement. — Scarifications et emplâtre de Vigo. — La plaque se décolore peu à peu et s'atrophie sous l'influence du traitement. Un séjour de trois mois à la campagne contribue beaucoup à améliorer l'état local et général de l'enfant.

Observation VIII

(" BRITISH MEDICAL JOURNAL " 14 MARS 1885, HUTCHINSON)

Malade à antécédents héréditaires tuberculeux guéri de son lupus érythémateux par l'arsenic.

L'auteur de l'observation Hutchinson vit le malade pour la première fois le 4 mars 1881. Il présentait des plaques de lupus érythémateux de chaque côté du nez, à peu près vers le milieu ; une troisième sur le dos du nez, près de l'extrémité. Ces trois plaques n'étaient pas confluentes.

Le malade est âgé de 45 ans, de haute stature, un peu maigre, mais de bonne santé. Jamais d'engelures, circulation faible. *Une tante maternelle est morte de phtisie.* Il a toujours eu la peau très irritable et très sujette à de petites taches sur les mains, etc., lesquelles donnaient lieu à un prurit intolérable et s'excoriaient par le grattage. Il en était ainsi lorsque des plaques érythémateuses apparurent sur le nez. Le malade a toujours vécu dans un pays froid.

Prescription d'arsenic à l'intérieur et lotions avec une faible solution de goudron et de plomb.

Entre 1881 et 1883, aggravation de la lésion. On insista alors d'une manière particulière sur l'emploi de l'arsenic.

En 1885, le lupus était en très bon état. Les plaques primitives étaient

remplacées par des cicatrices blanches, minces, imperceptibles, et leurs bords n'étaient ni épaissis, ni érythémateux. Les cicatrices des deux côtés du nez avaient les dimensions d'une pièce d'un franc, celle du milieu était plus petite. Sur le cuir chevelu presque entièrement chauve, il y avait plusieurs autres cicatrices qui avaient à peu près l'étendue de l'extrémité du pouce. Le traitement local (lotions de goudron et de plomb) ne s'était pas opposé à l'extension des lésions. Ce n'est que lorsque le malade, en 1883, usa de l'arsenic régulièrement et à assez forte dose pour amener un zona et de la conjonctivite, que le lupus guérit.

Ce fait indique une origine plutôt constitutionnelle que locale, et implique par suite la nécessité d'une médication interne.

Le lupus lui-même dans ses deux grandes formes est signalé dans les antécédents héréditaires des malades.

Observation IX, inédite

(Prise dans le service de M. le professeur agrégé Brousse)

Malade atteint de lupus érythémateux du nez et des muqueuses, celui-ci simulant des lésions syphilitiques ; nombreuses adénopathies.

Le 30 Janvier 1896, le nommé T. Auguste, âgé de vingt-huit ans, originaire du Var, exerçant depuis plusieurs années la profession de portefaix à l'arsenal de Toulon, entre à la clinique dermatologique de l'hôpital suburbain de Montpellier, pour une lésion érythémato-croûteuse occupant toute la face dorsale et les ailes du nez, et dont le début remonte à 4 ans environ.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort à soixante-quatre ans d'une fluxion de poitrine. Mère morte à quarante-quatre ans, *poitrinaire* et atteinte d'un *lupus de la face* ayant envahi le nez et les joues en forme d'ailes de chauve-souris d'après le malade, et qui aurait débuté à l'âge de trente-cinq ans. Le malade a deux frères et une sœur. Cette dernière a souffert longtemps d'abcès froids au cou ; elle a aujourd'hui trente-et-un ans, est mariée et mère de deux enfants qui se portent bien. L'aîné des frères, qui a trente-trois ans, a eu également des abcès froids au bras droit, et d'après la description que nous en donne le malade, il a dû être atteint d'une ostéite tuberculeuse. Le second a vingt-deux ans, fait actuellement son service militaire et ne présente rien d'anormal.

Antécédents personnels. — Kérato conjonctivite dans le jeune âge dont on constate les traces sur la cornée des deux yeux. — Variole légère en

1891 et petite crise d'influenza également légère en 1892. — Pas d'écoulements d'oreilles, ni de croûtes dans les cheveux. Les organes génitaux sont sains et ne présentent aucune trace de chancre. Le malade dit n'avoir jamais eu de syphilis, ni de blennorrhagie. Seulement un petit échauffement qui guérit en douze ou quinze jours par un traitement des plus anodins. — Pas de toux, de bronchites, santé générale bonne malgré la profession pénible qu'exerce le malade.

L'aspect extérieur du malade est celui d'un scrofuleux. Les lèvres sont fortes, lippues, rejetées en dehors. Les yeux présentent en outre un degré très marqué d'exophtalmie. Ils présentent actuellement une kérato conjonctivite avec perte presque complète de la vision du côté droit. Un séjour de quelques jours fait dans le service d'ophtalmologie de M. le professeur Truc a amélioré cette affection oculaire.

Maladie actuelle. — Interrogé sur la marche de sa lésion, le malade nous apprend qu'elle avait débuté sous la forme d'un petit bouton siégeant sur l'aile droite du nez, de la grosseur d'un petit pois, légèrement prurigineux, saignant facilement sous l'influence du grattage et se recouvrant sans cesse de petites croûtelles peu adhérentes. Ce bouton s'étendit progressivement en surface et, à mesure que l'accroissement se faisait plus étendu, il s'affaissait et se transformait en une surface rouge, plane, recouverte de squames fines et sèches. Ce petit placard gagna bientôt le lobule du nez, puis envahit peu à peu et en même temps l'aile gauche, la face dorsale et les parties latérales de cet organe. Le malade se grattait pour faire tomber les squames qui se reformaient aussitôt.

Voyant, au bout de quatre ou cinq mois, que le mal menaçait de s'éterniser, il rentra en avril 1893 à l'hôpital de Toulon, où on porta le diagnostic de *Lupus érythémateux*, et on prescrivit des lotions au sublimé. Au bout de vingt-cinq jours, une amélioration sensible s'était déjà produite et le malade reprit son travail. Mais, peu après, les croûtes se reformèrent, le mal gagna un peu plus en étendue et un nouveau séjour à l'hôpital (mai 1894) lui procura une nouvelle amélioration. Il y fut traité cette fois par les lotions au sublimé, la vaseline iodoformée, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium à l'intérieur. Dans le courant de la même année, nouveau séjour de quelques semaines, et encore nouvelle amélioration qui ne persista pas plus que les précédentes.

Fatigué de ces alternatives et, pensant ne pas être suffisamment bien soigné à l'hôpital de Toulon, il vint cette fois à Montpellier.

A son arrivée, on constate sur le dos du nez un placard croûteux, s'étendant sur les parties latérales et les ailes, y compris tout le lobule ; en hauteur

il recouvre les deux tiers inférieurs du dos du nez. La plaque ne présente pas de relief bien appréciable ; elle est recouverte de concrétions plâtreuses, sèches, et assez adhérentes, de couleur grisâtre, entourée d'un liseré congestif témoignant d'une infiltration sous-jacente. Les contours en sont parfaitement symétriques. Pas ou presque pas de démangeaisons.

En outre, sur la langue, deux plaques ulcéreuses, siégeant l'une sur la pointe, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, l'autre sur la partie inféro-latérale droite, un peu plus petite, de forme allongée ; elles sont recouvertes toutes deux d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux, mais sans liseré congestif, un peu analogue à première vue à des plaques syphilitiques.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont fortement engorgés ; notamment à gauche, dans la région parotidienne et sous-maxillaire, où ils roulent sous le doigt et ont le volume d'une noisette à un œuf de pigeon. A droite, dans les mêmes régions, ils sont un peu moins volumineux. Ils sont durs au toucher, ne présentant en aucun point de la fluctuation, pas d'adhérences superficielles ou aux organes profonds. A leur niveau la peau a conservé sa coloration normale. Dans la profondeur du cou, tout le long des sterno-mastoïdiens, on sent de nombreux ganglions tuméfiés, plus petits que les précédents. Ces nombreuses adénopathies élargissent notablement le cou, surtout dans sa partie supérieure, et lui donnent l'aspect de *cou de taureau*.

Quant au diagnostic, aucune hésitation n'existe pour la lésion du nez ; c'est bien un placard de *lupus érythémateux acnéique*. Un doute subsiste pour les ulcérations linguales. Leur aspect, la rougeur des piliers leur donne l'apparence de lésions syphilitiques. Notamment la plaque siégeant au niveau de la pointe, avec ses bords nettement arrondis, légèrement excavée, avec un certain degré d'induration, simule à première vue l'accident primitif de la syphilis.

Ces ulcérations étaient-elles en rapport avec la lésion du nez, constituant des lésions lupiques des muqueuses, ou bien, étaient-elles des manifestations syphilitiques indépendantes du *lupus* du nez et coexistant avec lui ? En admettant qu'il existât un chancre

à la langue, comme d'après le malade ces ulcérations ne remontent qu'à sept ou huit mois, la lésion du nez ne saurait être un accident secondaire ou tertiaire, puisqu'elle est plus ancienne de quatre ans. Et en admettant que ce soit une lésion indépendante de celle du nez, de nature syphilitique, on comprend difficilement l'existence torpide de ce chancre durant sept ou huit mois et ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme de syphilis. Il faut donc abandonner l'idée de lésion syphilitique tant à la langue qu'au nez et, tenant compte des anamnestiques et de l'aspect des lésions, considérer le malade comme un scrofulo tuberculeux, atteint de lupus érythémateux du nez et des muqueuses, celles-ci secondaires et liées au même processus que l'engorgement ganglionnaire.

Par acquit de conscience et pour tâcher d'obtenir quelque éclaircissement, on a soumis tout d'abord le malade au traitement spécifique par le sirop de Gibert et par les lotions au sublimé. Aucune amélioration, comme on devait s'y attendre, ne s'est produite au bout d'un mois de ce traitement qui a été alors remplacé par le traitement anti-bacillaire : l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue ; en même temps on touche les placards lupiques avec une solution de chloraline.

Cette observation nous montre donc un lupus érythémateux chez la mère du malade. Il s'accompagne chez elle de tuberculose pulmonaire qui entraîne sa mort. Tous ses enfants offrent des manifestations tuberculeuses : abcès froids, ostéites du bras et enfin l'un d'entre eux, celui qui est l'objet de l'observation, a hérité du lupus érythémateux et d'une série d'accidents scrofulo-tuberculeux (kérato-conjonctivite, adénopathies, gourmes, etc.). Le partage de l'héritage pathologique, scrofule ou tuberculose, commun à tous les enfants, a attribué à l'un d'eux le lot de la mère : le lupus

érythémateux et, aux autres, diverses manifestations osseuses ou ganglionnaires. L'équivalence de ces dernières et du lupus érythémateux ne pourrait être plus manifeste.

Observation X

Société française de Derm. et de Syph., séance du 9 mai 1895.
(Communiquée par M. DANLOS)

Lupus érythémateux chez un sujet tuberculeux.

Gabr. A., vingt-un ans, domestique, originaire de la Manche.

Ant. héréd. — Mère bien portante. Père mort d'une maladie de cœur. Trois sœurs et quatre frères.

Les trois sœurs bien portantes.

Parmi les frères, il en est un âgé de vingt-deux ans qui, depuis son jeune âge, est atteint d'une affection chronique de la peau, occupant les deux joues et ayant rongé le nez, vraisemblablement un *lupus tuberculeux ulcéré*.

Ant. pers. — La malade passe son enfance à la campagne jusqu'à l'âge de quinze ans, en promiscuité continuelle avec son frère lupique.

Dans sa jeunesse, sujette à la gourme, mais surtout, dès son âge le plus tendre, engelures tenaces, rebelles, persistant environ du mois de Septembre-Octobre au mois d'Avril-Mai ; engelures ayant d'abord siégé aux mains comme aux pieds, mais n'occupant plus dans ces dernières années que les mains et, parfois, certains hivers, les oreilles au niveau de l'hélix et du lobule.

A part cela, bonne santé générale, lorsque en Janvier 1891 (le malade avait 17 ans) apparaissent au niveau d'un membre inférieur (partie antéro-interne du tibia droit), sans aucune cause extérieure, de petites nodosités rouges livides au dire de la malade, indolentes, abcédant au bout d'un mois, s'ulcérant et suppurant durant une année, et laissant à leur place des cicatrices superficielles, légèrement rouges, un peu pigmentées.

Traitement. — Poudre jaune non odorante, de nature inconnue.

Rien de nouveau jusqu'en septembre 1895, époque à laquelle survinrent des glandes (adénites sous parotidiennes droites) en même temps que l'on constata, à l'hôpital Cochin, une bronchite suspecte pour laquelle on donna à la malade de l'huile de foie de morue créosotée. Pas d'hémoptysie. Les glandes n'ont pas abcédé, mais on retrouve nettement les traces de leur tuméfaction ancienne dans la région cervicale supérieure droite.

Enfin, il y a trois mois seulement, au dire de la malade, apparition presque simultanément sur les deux joues de taches rougeâtres, arrondies,

qui progressèrent, s'étendirent, et amènent la malade à Saint-Louis, le 3 Mai 1895. On constate actuellement :

Joues. — Deux placards en forme d'aile de papillon, à centre d'apparence cicatricielle lisse, blanchâtre, à auréoles périphériques érythémateuses, avec très légères squames minces, mais adhérentes.

Nez. — Légère tache rougeâtre arrondie, partie gauche du lobule nasal.

Oreilles. — Ilôts cicatriciels des deux côtés, mais plus marqués à droite, au niveau du bord supérieur de l'hélix et du lobule de l'oreille.

Rien au niveau des muqueuses nasale, buccale ou du cuir chevelu.

Mains. — Plaques rouges, violacées, luisantes, à contours mal définis, occupant tous les doigts, avec gonflement sous cutané.

Auscultation. — Reste négative pour les poumons et le cœur.

Urines. — Chargées en urates. Ni albumine, ni sucre.

Règles irrégulières, dysménorrhée.

Cette observation est très instructive au point de vue de la nature du *lupus érythémateux*. Elle est une preuve de l'étroite parenté qui relie les deux grandes formes lupiques, quoiqu'en aient dit certains auteurs (Leloir et Vidal). La contagion est pour ainsi dire prise sur le fait et on y voit un *lupus de Willan* transmis sous la forme érythémateuse. Si l'on admet la nature tuberculeuse du *lupus vulgaire*, il faut concéder que le *lupus érythémateux* a la même origine.

(G) *Considérations cliniques.* (a) *Coïncidence d'une lésion tuberculeuse avec le lupus.* — L'évolution simultanée d'accidents tuberculeux et du *lupus* est évidente dans de nombreuses observations. La fréquence d'engorgements ganglionnaires cervicaux est remarquable. Cette adénite apparaît ou augmente dans la plupart des cas en même temps que le *lupus* ou après lui. Quant aux nombreux cas où elle précède le *lupus*, on peut les expliquer en invoquant une localisation primitive du bacille de Koch dans les ganglions, suivie d'infection secondaire de la peau soit par les bacilles, soit par leurs toxines, suivant la conception de Brocq.

Les 29 observations que nous publions présentent 11 cas accompagnés d'adénites cervicales ; 6 apparaissent après le lupus et 5 avant.

Les relations qui unissent l'inflammation ganglionnaire à la plaque lupique se manifestent par les localisations de l'adénopathie. Les adénites siègent du même côté que la lésion lupique ou bien sont plus accusées du côté de la face le plus atteint.

On ne pourrait guère attribuer une autre origine que la tuberculose à ces adénopathies si fréquentes. Le bacille de Koch a d'ailleurs été trouvé dans le pus des abcès ganglionnaires.

Observation XI

(Société de Derm. et de Syph., séance du 14 Juin 1894, in *Ann. de Derm. et de Syph.*, Obs. du docteur Ch. LEREDDE.)

Adénopathie suppurée au cours d'un lupus érythémateux. — Présence du bacille de Koch dans le pus.

Ernestine L... Vve L..., soixante sept ans, couturière, entre le 30 Mai 1894, salle Gibert, numéro 24 (service de M. Béclère).

Cette malade est atteinte d'une affection cutanée depuis sept ou huit ans, et depuis peu de mois, d'adénopathie sous maxillaire qui, ayant beaucoup augmenté, l'a déterminée à rentrer à l'hôpital.

Rougeole dans l'enfance. Pas d'autres maladies infectieuses. Jamais n'a eu de bronchite.

Enfant, elle a eu une kératite qui l'a rendue borgne. L'œil gauche tout à fait sain permet la vue sans lunettes. L'ouïe est un peu diminuée.

Aucun trouble gastro-intestinal, hépatique ni rénal, soit dans le passé, soit à l'heure actuelle. L'état général est resté parfaitement bon.

On ne relève dans les antécédents héréditaires rien d'intéressant. De deux enfants, l'un est mort en 1870 de blessures, l'autre a disparu.

La malade ayant un peu perdu la mémoire ne donne pas de renseignements bien précis sur l'histoire de sa maladie. Le début semble remonter à l'année 1887. Un bouton rouge parut à l'extrémité du nez sans démangeaisons, puis la joue droite, plus tard la joue gauche furent prises. Depuis six mois, les lésions faciales n'ont pas augmenté.

L'alopécie presque complète remonte à une trentaine d'années : elle est survenue sans cause, paraît-il.

Description des lésions cutanées. — L'affection présente un caractère absolu de symétrie ; elle occupe la moitié supérieure de la région frontale, le nez, sauf les ailes ; à la partie supérieure du nez, elle n'a pas de limites nettes, la peau saine reparait peu à peu.

Les paupières sont indemnes, mais les sourcils, à leur extrémité externe, sont presque privés de poils ; on remarque de chaque côté à ce niveau une tache ovalaire. Les joues sont prises ainsi que les oreilles ; les lésions s'arrêtent sur la crête qui précède le repli naso-labial et respectent le menton.

Ces lésions ne modifient pas la ligne du masque, mais, à la partie inférieure du visage, les régions sous maxillaires sont déformées par les adénopathies.

La couleur de la peau malade est d'un rouge foncé, atténué par des croûtes grisâtres qu'on remarque à un examen attentif. La teinte est à peu près uniforme.

Au toucher, à la vue, on remarque l'irrégularité de la surface cutanée et sa sécheresse. En prenant la peau entre les doigts, on remarque son induration.

De place en place, on note la dilatation des vaisseaux superficiels du derme ; elle reste toujours très modérée, très limitée. Sur le nez, le front surtout, quelques petites zones, arrondies, sont déprimées, blanchâtres, cicatricielles, sans que jamais on ait fait la moindre opération dermatologique sur la face. Enfin, on voit des croûtes sèches très épaisses, peu adhérentes ; quand on les détache, elles tombent en petits fragments : elles se développent surtout sur les joues en approchant de la région nasale.

En certains points, les lésions n'ont pas de bord et se fondent insensiblement dans la peau saine ; ailleurs les limites sont très nettes, formées par une incisure profonde, mais irrégulière ; la peau du côté sain présente de petites végétations. Quelques fois enfin, au delà du bord, marqué par une dépression linéaire, on remarque une zone d'œdème peu étendue.

Sur le crâne, presque totalement alopecique, on voit, suivant la ligne médiane, une série de lésions. Ce sont des taches à bords très irréguliers, légèrement déprimées au-dessous de la peau voisine. Ces taches ont la même couleur que celles de la face ; en général, il y a moins d'induration à leur niveau : on peut remarquer des croûtes plates à leur surface. Une ou deux taches seulement se voient en dehors de la ligne médiane.

Etat des ganglions cervicaux. — Une masse du volume d'un œuf de poule occupe les régions rétro-maxillaire et sous-auriculaire droites. Cette

masse soulève la peau, non adhérente, mais de teinte violacée. La consistance de la tumeur est inégale, mais reste solide.

Au-dessous se trouve une saillie plus prononcée, qui comble l'intervalle entre la masse supérieure et la clavicule droite. Plus grosse encore que la première, elle est fluctuante. La peau est très amincie, d'une teinte violet sombre. Mais la masse n'est suppurée qu'en partie ; profondément on sent un bloc solide, concave, l'abcès s'est développé à ses dépens. Depuis son début, il n'y a jamais eu d'autres douleurs que quelques élancements nocturnes.

A gauche, une saillie arrondie soulève la peau de la région maxillaire inférieure, qui glisse sur elle. Il s'agit là encore d'un ganglion plus gros qu'une grosse noix, à cheval sur la face externe et le bord inférieur du maxillaire, au niveau de son tiers moyen.

Par une palpation soignée, on peut s'assurer que tous les ganglions latéraux du cou sont gros, durs, roulant sous le doigt, au moins dans la région sterno-mastoidienne gauche, qu'on peut palper librement en l'absence des grosses masses qui se voient à droite.

La malade a noté la tuméfaction du cou depuis deux mois seulement. Avant cette époque, elle n'avait remarqué rien d'anormal. Cependant il faut, bien certainement, faire remonter les adénopathies à une date antérieure ; la malade, à l'heure actuelle, ignore encore la présence de petites nodosités roulant sous le doigt au côté gauche du cou.

Examen du poulmon. — Saccades respiratoires aux sommets en arrière, mais sans localisation plus précise.

Au sommet gauche en avant, souffle expiratoire, sans râles, sans gargouillements. Il est sans doute l'effet d'une compression bronchique; en effet, on note à la percussion la submatité des régions sternale et interscapulaire. La sonorité des sommets est normale.

Il n'existe aucun signe fonctionnel de tuberculose pulmonaire.

Une ponction du ganglion ramolli a été faite avec une seringue de Malassez-Aubry stérilisée. Pus bien lié, semblable à celui d'un abcès chaud ; il contient, en effet, une grande quantité de leucocytes polynucléaires et de fibrine. Des lamelles traitées par la fuschine de Ziehl, puis décolorées soit par l'acide nitrique au 1/4, soit par l'aniline chlorhydrique, ont montré une quantité prodigieuse de *bacilles caractéristiques de la tuberculose*.

Un cobaye inoculé le 1^{er} juin avec un centimètre cube de pus dans le péritoine, est mort le 5 juin. A l'autopsie, tuberculose hépatique et pulmonaire.

Cette observation est très nette et très circonstanciée. L'adénite

a apparu après les lésions lupiques. Elle est beaucoup plus développée dans la région cervicale droite où siègent les ganglions correspondant au côté droit de la face, le premier envahi par le lupus. Un ganglion vient à suppurer et le pus extrait par la ponction contient des bacilles de Koch. Inoculé à un cobaye, il amène sa mort en peu de jours par tuberculose généralisée. Les lésions ganglionnaires sont donc nettement d'origine tuberculeuse. Or, elles sont consécutives à un lupus érythémateux qui a infecté, de proche en proche, par l'intermédiaire des lymphatiques, les ganglions correspondants. A moins d'admettre que l'inflammation ait changé de nature en se transmettant aux lymphatiques, on ne peut attribuer aux lésions de la peau une autre origine que la tuberculose. Nous nous appuyons ici sur un principe de pathologie générale trop banal pour avoir besoin d'y insister davantage.

L'observation suivante, relative à la présence simultanée d'un lupus érythémateux et d'une synovite fongueuse, plaide dans le même sens, quoique les relations entre la lésion tuberculeuse et le lupus soient moins directes que dans l'observation précédente.

Observation XII

(In *Ann. de Derm. et de Syph.* Compte rendu de la 11^e séance de la Société clinique hebdomadaire des médecins de Saint-Louis)
(BESNIER, 14 Février 1889.)

Lupus pernio de la face : synovites fongueuses (scrofulo-tuberculeuses) symétriques des extrémités supérieures.

Il s'agit d'un homme âgé de trente quatre ans, de taille élevée, fortement musclé : il pèse 75 kilogrammes ; sa voix est habituellement voilée, bien qu'il n'y ait pas de lésions laryngées appréciables. Il est tonnelier, travaille à l'air, exposé aux intempéries.

Aucune lésion viscérale ; ganglions appréciables seulement aux épirochlées ; aucune lésion des muqueuses de rapport.

L'urine est normale.

La mère a succombé à la *tuberculose pulmonaire*.

La maladie a débuté par les oreilles qui étaient anormalement rouges depuis le grand hiver 1879-1880 ; puis envahissement presque simultané, trois ans plus tard, du nez et des gaines synoviales des doigts sans qu'il y ait eu jamais d'algidité locale.

Les localisations auriculaires, aujourd'hui disparues sous l'action de la médication, étaient symétriques et avaient envahi la presque totalité de l'hélix et du lobule des deux oreilles et donné lieu à des lésions nécrobiotiques. Besnier les avait observées et traitées en 1884 par le cautère galvanique. Bien que la presque totalité de l'hélix et du lobule ait été détruite, la cicatrice se maintient solide depuis cinq ans, n'ayant, pendant les hivers, ni algidité, ni engelure, ni état asphyxique, ni ulcérations, ce qui n'existerait pas s'il s'agissait d'engelures permanentes ou d'asphyxie locale. La guérison s'est maintenue parce que tous les tissus malades ont été complètement détruits.

À la face, le malade présente actuellement une variété de *lupus érythémateux* à forme d'*érythème pernio* ou d'*asphyxie locale*. C'est un de ces cas pour lesquels Besnier a proposé la dénomination de *lupus asphyxique* voisin du *lupus engelure* d'Hutchinson, mais non tout à fait identique. Le nez est doublé de volume, la lividité est extrême ; il présente des varicosités accentuées ; la surface malade occupe la presque totalité de l'organe qui est déformé, luisant, livide, lie de vin, avec les orifices sébacés dilatés et de légères érosions nécrobiotiques au devant des narines.

Il n'y a pas d'algidité, pas d'analgésie, aucune saillie. La masse présente une certaine consistance avec mollesse de la couche la plus superficielle.

Ces divers caractères suffisent à différencier la lésion à la fois de l'engelure même la plus prolongée et de l'asphyxie locale.

Mais ce qui vient confirmer le diagnostic, le malade présente un exemple remarquable de *synovite fongueuse symétrique*, lésion dont on connaît bien aujourd'hui la nature tuberculeuse.

Fréquemment le *lupus érythémateux* évolue en même temps qu'une tuberculose pulmonaire. Le poumon a été envahi par le bacille de Koch avant l'apparition du *lupus*, ou bien le microbe se fixe primitivement dans la peau et porte secondairement ses coups sur le parenchyme pulmonaire.

Dans des cas plus rares, on constate l'apparition *simultanée* du *lupus érythémateux* et de la tuberculose pulmonaire.

Voici quelques observations où on peut constater cette association malheureusement trop fréquente.

Observation XIII

(RENOUARD, *loco citato*, (abrégée)

Lupus érythémateux de la face. — Adénopathie. — Bronchite.

G. Alphonse, vingt-trois ans. Début à dix-huit ans.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels.

La malade présente sur les joues des cicatrices consécutives à un lupus érythémateux. Dans quelques points, les cicatrices sont encore érythémateuses. Cette amélioration est due à l'emploi à l'intérieur de l'iodoforme, (8 pilules de 0.10 centigr). On traite les points érythémateux par des scarifications (trois séances).

Sur ces entrefaites, tuméfaction ganglionnaire atteignant progressivement le volume d'une grosse noix sans se ramollir, siégeant au sommet de la gaine du sternomastoidien. Simultanément, amaigrissement, perte d'appétit, diminution de poids, pâleur et toux.

A l'examen de la poitrine submatité aux deux sommets, plus prononcée à droite ; respiration faible, pas de râles, règles conservées.

Un mois après l'adénite mastoïdienne s'était ramollie et semblait avoir diminué de volume ; dans les régions voisines, la palpation profonde fait constater l'existence de nombreuses tuméfactions granuleuses du volume d'un haricot à une noisette.

Etat stationnaire des signes stéthoscopiques.

Trois mois après, amélioration considérable de l'état général (la malade regagne 12 livres) et disparition des signes locaux. Les ganglions, quoique diminués de volume, sont encore perceptibles. Mais en même temps, repullulation du lupus sur les anciennes lésions. Elles sont traitées par les cautérisations interstitielles très profondes au galvano-cautère et par le pansement de Douthélopont comparativement.

Observation XIV

(RENOUARD, *loco citato* (abrégée)

Lupus érythémateux de la face et tuberculose pulmonaire chronique.

G. Charles, quarante cinq ans. Début à quarante ans.

Hérédité. — Nulle,

Antécédents personnels. — Gourme, ophtalmie infantile, adénopathies

non suppurées. Fièvre typhoïde à cinq ans, variole à dix ans, pneumonie à quarante quatre ans ; dyspepsie, inappétence, calvitie fronto-occipitale. Pas de syphilis.

Observations. — Début par la lèvre inférieure, extension au nez, il y a trois ans, puis sur la joue droite (1882). Soigné à ce moment par des cataplasmes de fécule et le caoutchouc, sort de l'hôpital sans améliorations ; adénites sous-maxillaires bilatérales. Rentre à l'hôpital en 1883, avec des placards érythémateux types sur la joue gauche, le lobule du nez et la joue droite (pièce de cinq francs en argent). En outre, il existe, sans cachexie, sans gêne pour le malade, une tuberculose pulmonaire caractérisée par des craquements humides, fins et nombreux au sommet gauche, et une expectoration très abondante, sans autre phénomène qu'une maigreur peu accentuée.

Traitement. — Il lui est fait plusieurs séances de pointes de feu sur les sommets et, à sa sortie, la tuberculose ne semblait pas avoir progressé : le lupus érythémateux était enrayé et perdait sa coloration livide et ses squames adhérentes, grâce à des cautérisations interstitielles au thermo-cautère.

Observation XV

(RENOUARD, *loco citato*, abrégée).

Lupus érythémateux acnéique du nez et des deux pommettes.

Tuberculose pulmonaire.

Camon, quarante huit ans. Début à quarante trois ans.

Rien chez les grands parents ; père mort âgé (d'asthme ?), la mère de pneumonie : une sœur de phthisie et un oncle maternel d'affection pulmonaire aiguë.

Le placard résiste à tous les caustiques, aux scarifications (25 séances) : on ne peut effacer le bourrelet érythémateux saillant, qui entoure un tout petit centre cicatriciel. Dans ces derniers temps, la malade s'est sentie plus faible, ses téguments sont pâles, exsangues, la maigreur est très prononcée, la perte de poids est sensible ; il n'existe qu'une très légère toux chaque matin, et l'auscultation ne révèle que de la puérilité respiratoire au sommet droit. En ce moment, l'état général s'améliore rapidement, la toux a disparu, les forces reviennent.

Le traitement tonique, et les cautérisations interstitielles à l'électro-cautère ont abattu le bourrelet érythémateux et la zone atrophique s'est rapidement acroue.

Observation XVI

(In *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*)

(BÉRINGER, interne des hôpitaux)

*Lupus érythémateux du nez, de la muqueuse laryngée. —
Œdème de la glotte.*

Jeune prêtre, trente ans. Nombreuses manifestations scrofuleuses dans le jeune âge : Gourmes, blépharite glandulo-ciliaire, engorgement ganglionnaire considérable de chaque côté du cou ; à huit ans deux pneumonies coup sur coup. Tempérament faible.

A dix-huit ans, un lupus érythémateux du nez apparut. Il y a trois ans, aphonie qui dura six semaines : la voix reparut mais resta enrouée.

Actuellement, lésions typiques de lupus érythémateux au nez ; cicatrisation sous l'influence de cautérisations au chlorure de zinc. En même temps, on constate un semis de granulations grisâtres sur le voile du palais et la voûte palatine.

Dans les premiers jours de 1870, subitement, aphonie complète accompagnée de symptômes généraux, gêne de la déglutition qui augmente peu à peu, au point que le malade ne pût même plus avaler du bouillon sans quintes de toux. Gêne de la respiration empêchant le malade de garder la position horizontale. Une application de vésicatoires à la région sous hyoïdienne conjura cet orage. Dix jours après, enrouement simple.

L'examen au laryngoscope pratiqué par Krishaber démontra une infiltration de la glotte et des replis aryténo-épiglottiques.

Observation XVII

(RENOUARD, *loco citato*).

Bisson, âgé de quarante huit ans. Lupus érythémateux de la face. Phthisie confirmée et chronique avec lésions au sommet gauche.

Observation XVIII

(RENOUARD, *loco citato*).

Blondeau, âgée de cinquante quatre ans. Lupus érythémateux de la face. Phthisie chronique des deux sommets, ayant débuté à vingt-cinq ans ; hémoptysies.

Observation XIX

(RENOUARD, *loco citato*).

Leroi, âgée de soixante ans. Lupus érythémateux à vingt ans. Anorexie, toux, hémoptysie, inspiration soufflante en avant, râles sibilants en arrière sommet gauche.

Observation XX

(RENOUARD, *loco citato*).

Renard, vingt-cinq ans. Lupus érythémateux datant de l'âge de vingt trois ans. Poussées menstruelles et érythémateuses. Sueurs nocturnes, toux sèche et hémoptysie considérable.

(b) *Ressemblance du lupus érythémateux des muqueuses avec les lésions tuberculeuses.*— Non seulement le lupus érythémateux coïncide avec des lésions de nature tuberculeuse, mais encore il peut être difficile, dans certains cas, de distinguer le lupus de quelques-unes de ces lésions. L'observation suivante est typique à ce point de vue.

Observation XXI

(In *Ann. de Derm. et de Syph.* Compte rendu de la 21^e séance de la Société clinique de Saint-Louis, FEULARD).

Lupus érythémateux de la lèvre supérieure, Tuberculose pulmonaire.

La malade, âgée de quarante-un ans, ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires. Son père, âgé de soixante-quatre ans, est bien portant et habite hors Paris : la mère est morte il y a fort longtemps à l'âge de quarante-deux ans, d'un abcès du cou, paraît-il. Une sœur est morte à l'âge de onze ans, la malade ignore la cause de cette mort ; un frère est mort accidentellement au service militaire ; un autre frère, âgé actuellement de quarante-quatre ans, est bien portant et habite la province.

La malade habite Paris depuis 22 ans, et a exercé le métier de cuisinière sauf depuis cinq années où elle vivait dans son ménage. Réglée à 14 ans, elle n'a jamais été malade jusqu'à l'année dernière. Il y a huit mois environ, un jour, en buvant un liquide chaud, elle ressent une légère douleur à la

lèvre inférieure, et c'est à partir de ce moment qu'elle constate une petite lésion qui, depuis, a progressé jusqu'à l'état qu'elle présente actuellement. Aucun traitement effectif local n'a été fait.

Le 5 février, la malade, atteinte de bronchite, entre à l'hôpital Tenon, où l'on diagnostique chez elle une bronchite tuberculeuse. La lésion de la lèvre ne passa pas inaperçue, mais fût considérée comme une plaque muqueuse. La malade resta un mois dans cet hôpital et en sortit toussant toujours beaucoup; en même temps, l'amaigrissement, qui avait commencé peu de temps avant l'entrée de la malade à Tenon, continuait; il y a sept mois, elle pesait, dit-elle, 184 livres; elle en pèse maintenant 126; la voix restait enrrouée et la malade toussait continuellement. Bref, elle présente tous les signes extérieurs d'une femme atteinte de tuberculose.

L'examen de la poitrine révèle seulement de la rudesse de la respiration aux sommets et quelques râles; mais la malade crache et, dans ses crachats, a été trouvé, par M. Darier, le bacille de la tuberculose. De ce côté là, il n'y a donc aucune espèce de doute.

La malade est atteinte de tuberculose, et cette constatation vient aider à faire le diagnostic de la lésion qu'elle présente à la lèvre, diagnostic qui peut cependant être fait rien que par les caractères de la lésion et qui a été objectivement fait par plusieurs médecins à qui a été présentée la malade.

La lésion siège à la face interne ou muqueuse de la lèvre, sous forme de deux taches ayant la dimension d'environ une pièce de vingt centimes; la bouche étant fermée, rien ne paraît, qu'un état plucheux du bord libre de la lèvre, ainsi que cela se rencontre chez les personnes qui ont l'habitude de mâcher leur lèvre. Le bord cutané-muqueux, la surface cutanée de la lèvre n'ont rien, mais si l'on abaisse la lèvre de façon à la faire saillir en avant, on est frappé tout d'abord par la teinte opaline qu'elle présente en deux ou trois places, à ce point qu'on croirait de suite avoir affaire à une lésion syphilitique secondaire, erreur qui a été commise d'ailleurs; mais il n'y a pas d'ulcération à ce niveau, ni d'exulcération.

On constate seulement une teinte opalescente dépolie de la muqueuse et, en tendant la lèvre, un épaissement assez sensible au niveau des places malades, un très léger relief de ces plaques, qui tranchent ainsi sur les parties voisines, mais surtout par leur couleur; au pourtour des plaques opalines existent de petits liserés rouges, très vasculaires qui se perdent insensiblement sur le reste de la muqueuse.

Cette lésion d'apparence si minime, doit cependant être considérée comme un *lupus érythémateux* des muqueuses, localisé à la seule muqueuse

labiale. Nulle part ailleurs la malade ne présente de lésions semblables ni sur la peau du visage, ni sur le cuir chevelu, ni en aucun autre point du corps.

La malade, sujet de l'observation précédente, a été présentée par M. Feulard, dans une réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis c'est-à-dire à des cliniciens d'une compétence exceptionnelle. Quelques observateurs (Feulard et Besnier) classent l'affection de la lèvre inférieure, dont la malade est porteur, dans le lupus érythémateux, d'autres en font une tuberculose de la muqueuse buccale (Vidal et Hallopeau). Cette hésitation diagnostique exprime bien la ressemblance d'aspect du lupus érythémateux des muqueuses et des lésions tuberculeuses de ces régions. Il est permis de se demander si la ressemblance est extérieure seulement et si la nature des deux lésions ne serait pas la même.

(c) *Avenir des malades.* — La considération de l'avenir des malades est également très suggestive pour la détermination de l'étiologie du lupus érythémateux.

21 observations sur 29 mentionnent une tuberculose généralisée (trois cas) ou des localisations pulmonaires de cette maladie dont plusieurs ont emporté les malades.

Observation XXII

(INÉDITE)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé BROUSSE).

*Lupus érythémateux des mains et de la face. — Séborrhée du cuir chevelu.
Mort par granulie.*

Ch... soldat au 2^{me} génie, entre à la salle Sédillot, le 5 avril 1893.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels — A souvent des engelures l'hiver; est cuisinier et par conséquent très exposé à des agents irritants qui ont empêché la guérison de ses engelures. Il y a un an, a eu une adénite suppurée de

l'aisselle droite, en même temps une séborrhée intense du cuir chevelu, suivie de chute des cheveux. Pas de syphilis, pas de rhumatisme.

Etat actuel. — La maladie actuelle remonte à quatre mois. Début par des taches rouges disséminées sur la face dorsale des doigts et de la main, surtout au niveau des articulations. Ces taches rouges s'induraient, puis devenaient blanches, mais ne disparaissaient jamais complètement et n'étaient jamais suivies d'ulcérations. En même temps, rougeur de la face, sur les joues, avec prédominance sur les parties latérales du nez, rougeur qu'il a attribuée à la chaleur à laquelle l'exposait sa profession. Pas de douleurs, pas de démangeaisons.

Le malade, qui prétend avoir toujours eu une bonne santé, est cependant lymphatique, maigre, à tempérament très calme. Il répond lentement et difficilement aux questions qu'on lui pose.

Poumons et tous les autres organes sains. Son éruption présente les caractères suivants : Ce sont de petites papules à base légèrement indurée, entourées par une zone d'un rose diffus et séparées de la peau saine par une zone de très fine desquamation. Ces papules, réunies par groupes, forment de petites plaques dont les unes, les plus grandes et les plus nettes, sont localisées au niveau des articulations ; d'autres, humides, recouvertes d'une croûte mince, sont disséminées sur le reste de la main : dos et plis de flexions. Quelques unes de ces plaques sont en voie de guérison. On voit au niveau du point où se trouvait la papule primitive, une cicatrice blanchâtre, rétractée, absolument typique du lupus, entourée par une zone d'un rouge diffus plus foncé que sur les plaques en voie d'évolution. Au niveau de la paume de la main, les plaques sont moins nombreuses et à caractères différents : il y a une simple induration de la peau, avec point blanchâtre et desquamation périphérique.

Les articulations sont noueuses, les ongles hypertrophiés et irréguliers. La peau, au niveau des parties saines est épaisse, dure et plus rouge qu'à l'état normal. Les doigts sont en forme de fuseau. Les mouvements en sont difficiles et gauches. La sensibilité est partout conservée au niveau des parties saines. Par-ci, par-là, quelques plaques d'hyperpigmentation irrégulière.

A la face, sur les parties latérales du nez particulièrement, une rougeur diffuse en forme de chauve-souris étalée, sur laquelle on voit de rares papules, surtout vers l'angle interne de l'œil ; peau sèche en quelques points. Sur les oreilles, quelques papules recouvertes de croûte, comme sur les mains, localisées sur la convexité de l'hélix. Sur le lobule, on voit quelques points cicatrisés. Séborrhée très abondante sur le cuir chevelu. Alopécie en clairière analogue à l'alopecie syphilitique.

On institue comme traitement :

Huile de foie de morue : deux cuillerées par jour ; tisane de chiendent bicarbonatée.

Oxyde du zinc.....	6 grammes
Vaseline	60 »

pour onctions sur les lésions.

Lavages de la tête avec de l'eau de son boriquée. Lavages des mains avec une infusion de feuilles de noyer.

8 Avril. — Aux mains, les lésions paraissent plus nettes. Quelques croûtes sont tombées et les cicatrices étoilées sont plus visibles.

10 Avril. — Même état. On prescrit :

Calomel.....	2 grammes
Vaseline	40 »

Continuer même traitement.

15 Avril. — L'éruption des mains paraît se modifier; il y a moins de papules, plus de cicatrices. La desquamation a cessé. L'état de la face, des oreilles et du cuir chevelu est stationnaire.

19 Avril. — On prescrit pour lotions sur les lésions :

Teinture de cantharides	6 grammes
Alcoolat de Fioraventi.....	10 »
Alcool camphré.....	30 »

25 Avril. — L'amélioration des mains continue, les parties atteintes antérieurement se cicatrisent, mais d'autres papules apparaissent. Même traitement.

29 Avril. — Les cheveux repoussent. Contre la séborrhée, on continue le même traitement. On modifie le traitement général par l'administration de sirop de raifort iodé et de liqueur de Fowler à la dose de dix gouttes par jour.

Continuer les maniluves de feuilles de noyer.

1^{er} Mai. — Même état. On porte la dose de liqueur de Fowler à XII gouttes. Même traitement.

5 Mai. — Les cheveux continuent à repousser. L'état général s'améliore. Liqueur de Fowler XVI gouttes.

10 Mai. — On note une certaine amélioration des mains. Elles sont moins rouges. Les cicatrices sont plus nombreuses. L'hypertrophie des téguments diminue. On prescrit une pommade soufrée au 1/10^e. Liqueur de Fowler XVIII gouttes.

15 Mai. — L'amélioration des mains continue. La face est plus rouge.

Les papules y sont plus nombreuses. Quelques-unes sont très indurées comme des tubercules. Les cheveux repoussent bien. Liqueur de Fowler XX gouttes.

20 Mai. — Même état. On prescrit lotions avec :

Résorcine.....	5 grammes
Alcool.....	150 »
Huile d'amandes douces.....	20 »

Liqueur de Fowler..... XXIV gouttes.

25 Mai. — Même état, même traitement. On prescrit en plus des cataplasmes de savon noir sur les mains. Liqueur de Fowler XXVI gouttes.

30 Mai. — Le malade est pris d'un malaise général, céphalagie, épistaxis, T. = 39,2. On diagnostique une fièvre typhoïde et le malade est envoyé dans un service de médecine.

Sous l'influence de la fièvre typhoïde, l'éruption se modifie beaucoup. Les mains et la face deviennent d'un rouge foncé presque bleuâtre, les papules s'accroissent, les cicatrices sont plus nettes. La rougeur, qui avait augmenté les premiers jours, diminue peu à peu et, au quatorzième jour de la fièvre typhoïde, au niveau des points atteints par le lupus, on voit une desquamation abondante scarlatiniforme aux mains, morbilliforme à la face.

L'état général s'améliore, la température baisse : Traitement général par les bains froids.

21 Juin. — Le malade, complètement rétabli de sa fièvre, est renvoyé dans le service de Dermatologie. On constate que, sur les taches rouges des mains, toujours plus marquées au dos, sur les doigts en particulier, les taches blanches pseudo-cicatricielles se sont étendues et la partie rouge ne forme plus qu'une sorte de cadre à la partie blanche.

Le malade est soumis à un traitement tonique au vin de quinquina, au Fowler et à des applications d'emplâtres de savon noir sur les mains, de pommades soufrées sur le cuir chevelu.

L'apparence lupique de la face est moins marquée.

Mais le malade accuse depuis sa fièvre de l'enrouement (laryngite), une toux sèche se produisant surtout le matin. Bien que l'examen stéthoscopique et bactériologique soit négatif, il y a lieu de se demander s'il ne se fait pas un travail *bacillaire* du côté de l'appareil respiratoire.

Le 7 Juillet, le malade, sur sa demande, est envoyé en congé de convalescence.

Au bout de quelque temps, on apprend qu'il a succombé chez lui, pendant son congé de convalescence, à une *granulie aigüe*.

Cette observation, recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Brousse, nous montre un jeune militaire envoyé en congé de convalescence après un séjour à l'hôpital pour un *lupus érythémateux*. Il meurt chez lui de *granulie*. La fièvre typhoïde intercurrente qu'il avait présentée pendant son traitement, n'était probablement elle-même qu'une première atteinte de tuberculose généralisée

Observation XXIII

(In th. de RENOARD, Paris 1884)

Lupus érythémateux de la face (en papillon) chez un strumeux, état typhoïde : mort, tuberculose miliaire des poumons.

Coulpier Eusèbe, 15 ans. Début à 12 ans.

Les renseignements donnés par le malade sur ses antécédents héréditaires sont incertains. Il n'en est pas de même de ceux qu'il peut fournir sur son compte. Il aurait eu dans sa première enfance des diarrhées assez fréquentes, de la gourme, des ophtalmies et de la polyadénite cervicale ; à huit ans, il aurait eu une coxalgie droite, qui aurait duré plusieurs mois et s'est terminée par ankylose. En outre, à part une rougeole à dix ans, il n'aurait rien eu de bien appréciable, ni du côté des bronches, ni du côté des intestins.

Actuellement, le malade, assez maigre, présente un *lupus érythémateux* sur tout le nez, se continuant avec un placard analogue sur chaque pommette ; l'ankylose, résultant de sa coxalgie, s'étant produite avec une forte flexion de la cuisse sur le bassin, il en résulte une ensellure très prononcée lorsque le malade appuie par terre le pied du membre correspondant. La santé du jeune malade était aussi parfaite que possible, lorsqu'il fut pris subitement de symptômes fébriles et adynamiques ; pas d'épistaxis, mais une diarrhée assez prononcée ; le ventre est peu sensible, non ballonné ; le malade ne tousse pas, mais expulse quelques crachats muco-purulents légèrement rougeâtres. A l'auscultation, il n'existe que des râles sous crépitants fins, en arrière et aux bases, et des râles sibilants disséminés ; la percussion révèle de la submatité aux deux sommets : le malade s'éteint au huitième jour sans réaction, lentement et progressivement.

A l'autopsie on a trouvé : une ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale droite, le fémur faisant un angle de 90° avec l'axe du corps.

Sous le menton, dans les régions cervicales antérieures et latérales, de nombreux ganglions lymphatiques, hypertrophiés, dont le plus gros ne dépas-

sait pas le volume d'une noisette, et dont aucun ne présentait de points ramollis.

Aux poumons, sous une apparence normale, on pouvait constater, dans toute la moitié supérieure, une infiltration diffuse de granulations tuberculeuses, variant d'un grain de mil à un grain de chénevis, très nombreuses et prédominant aux deux sommets, mais surtout à droite ; en outre, il existait de la congestion passive et hypostatique, quelques adhérences récentes au sommet droit et pas de liquide pleural. La cavité abdominale libre, ne contenait qu'un ou deux ganglions mésentériques hypertrophiés. La muqueuse de l'intestin grêle, dans sa dernière portion, présentait quelques placards vascularisés, un ou deux follicules clos légèrement indurés, mais aucune ulcération. Rien ailleurs.

Observation XXIV

(In th. de LACAVALERIE, Paris 1895)

Lupus érythémateux. Mort par tuberculose pulmonaire.

Louis M, étudiant en médecine, âgé de trente-deux ans, tempérament faible, toux fréquente, a présenté des symptômes très nets de tuberculose pulmonaire, amaigrissement, hémoptysies, fièvre et sueurs nocturnes. — En avril 1893, pleurésie dont il a guéri.

En juin 1893, apparition, sur l'aile droite du nez, d'une lésion diagnostiquée par un des maîtres en dermatologie, lupus mixte. En juillet 1893, sur la joue gauche, survinrent deux rougeurs qui sont des lésions types de lupus érythémateux.

Le malade est emporté, sur ces entrefaites, par les progrès de sa tuberculose pulmonaire.

Observation XXV

(In " LYON MÉDICAL " février 1894, Dr ERAUD)

Lupus érythémateux. Mort par tuberculose pulmonaire.

Madame S. trente-quatre ans.

Antécédents héréditaires : Mère morte à soixante-dix-huit ans d'un catarrhe pulmonaire compliqué d'hémiplégie droite. Père âgé de soixante-dix-neuf ans, vivant, ayant eu probablement syphilis quoiqu'il nie tout antécé-

dent. Une tumeur qu'il présentait à la joue droite, de la grosseur d'un œuf, ne céda qu'au traitement spécifique.

Pas d'antécédents personnels de la malade : réglée à douze ans et demie, toujours régulièrement depuis ; cinq grossesses et deux fausses couches ; trois enfants vivants et bien portants.

Elle porte sur le dos du nez, le front et les joues, des cicatrices dues à un lupus érythémateux, qui fut diagnostiqué dans sa période active par l'auteur de l'observation.

Dans l'intervalle de 1888 à 1893, la malade fut traitée à Saint-Louis par Brocq, qui aurait diagnostiqué la lésion *une variété spéciale de tuberculose cutanée*.

En juin 1893, après un refroidissement, amaigrissement, oppression, sueurs nocturnes.

Aux deux sommets, submatité, nombreux râles disséminés dans les poumons. — Toux peu fréquente et grasse, — crachats purulents, nummulaires.

La malade meurt le 6 juillet de sa tuberculose pulmonaire.

Observation XXVI

(In *Ann. de Derm. et de Syph.* Compte-rendu de la séance du 21 Juillet 1891, du Congrès de la tuberculose. HALLOPEAU et JEANSELME).

Lupus érythémateux — Adénopathies — Tuberculose pulmonaire. Mort. Inoculations négatives à des cobayes.

Le malade est un homme âgé de trente-cinq ans qui a souffert, dans son enfance, d'abcès ganglionnaires longtemps fistuleux. A l'âge de quatorze ans, il a vu apparaître au-dessous de l'angle externe de l'œil droit, une tache rouge qui a envahi successivement les régions sourcilière, temporale et malaire correspondantes. Du côté gauche s'est développée une lésion analogue qui a suivi la même évolution lente et qui depuis deux ans gagne le cuir chevelu.

Au moment où le malade est soumis à notre examen (1888), on observe sur le côté droit de la face un vaste placard d'un rouge foncé qui disparaît incomplètement sous la pression du doigt et qui est limité par un bord net appréciable au toucher. Aux alentours de cette plaque maîtresse se groupent de petits disques secondaires ressemblant, dit le malade, à la lésion initiale. Tous ces éléments éruptifs présentent une coloration violacée

et sont recouverts par places de squames très adhérentes qui donnent au toucher une sensation rugueuse et inégale. Des efflorescences semblables associées à des cicatrices très superficielles sont disséminées sur la joue opposée, le front, les oreilles et le menton. En plusieurs points, particulièrement au nez, on remarque sur les confins des taches érythémateuses, une dilatation notable des orifices sébacés. Le retentissement sur le système ganglionnaire est très marqué. Une adénopathie suppurée s'est développée dans la région sus-claviculaire droite, s'est ouverte et est demeurée fistuleuse.

La plupart des médecins de l'hôpital Saint-Louis ont examiné ce malade et porté le diagnostic du *lupus érythémateux*. Il importe de noter que la syphilis ne peut être mise en cause chez cet homme, car le début de la lésion remonte à l'âge de quatorze ans, et plus tard le malade a contracté un chancre infectant qui fut suivi d'accidents secondaires.

L'état général était loin d'être satisfaisant lorsque le malade entra à l'hôpital Saint-Louis. Depuis quelques mois, il toussait et maigrissait, il avait eu quelques hémoptysies légères et l'on pouvait constater aux sommets les signes d'une tuberculose au premier degré. Ces lésions sont restées stationnaires jusqu'au commencement de cette année, époque à laquelle le malade succomba à une poussée de tuberculose aiguë (cet homme n'avait pas été soumis au traitement par la lymphe de Koch).

L'autopsie a démontré la présence de myriades de granulations grises dans les poumons et l'existence de nombreux ganglions caséeux au devant de la colonne vertébrale. Ces lésions renfermaient des bacilles de Koch, et les animaux inoculés sont morts de tuberculose.

Quelques heures après la mort, plusieurs fragments de peau ont été excisés au niveau des lésions érythémateuses. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait bien d'un *lupus érythémateux* proprement dit et non pas d'un *lupus érythématoïde*.

Avec l'infiltration embryonnaire diffuse, l'absence de cellules géantes et de formations nodulaires, le seul détail histologique qui mérite d'être spécialement indiqué est l'ectasie vraiment colossale des vaisseaux dans toute l'épaisseur du derme. Cette dilatation vasculaire explique la coloration rouge violacée très intense des placards érythémateux.

Des fragments volumineux de ce *lupus* ont été inoculés à quatre cobayes. Chez deux d'entre eux, l'insertion a été faite dans le péritoine : chez les deux autres dans le pli de l'aîne. L'un de ces derniers est mort d'accidents septicémiques peu de temps après l'opération ; les trois autres ont survécu. Ils ont été sacrifiés le 21 juillet, c'est-à-dire le cent-quatre-vingt-dixième jour ; tous les organes étaient intacts.

Observation XXVII

(In *Journal of cutaneous and gén. urin. diseases*, février-mars 1888)

(Docteur H. G. KLOTZ) résumée.

Observation de Lupus érythémateux des mains, accompagnée d'accidents tuberculeux.

Homme âgé de cinquante ans, originaire d'Allemagne, depuis dix-huit ans aux Etats-Unis, atteint depuis vingt ans d'une affection qui a débuté sous la forme d'une petite verrue saillante rougeâtre, de la grandeur d'un pois qui fit son apparition sur la première phalange du médus de la main droite, sans causer d'autres phénomènes douloureux qu'une petite sensation de piqure. L'intervention thérapeutique ne fit qu'irriter la lésion, qui commença à s'étendre sous la forme d'une plaque rouge, surélevée, sur la face dorsale du doigt, et qui envahit même la première phalange et arriva tout près de la face dorsale de la main, il y a environ neuf ans. Après une autre période pendant laquelle l'affection reste presque stationnaire, ou du moins ne progresse que fort peu, elle recommença, il y a environ un an et demi, à s'étendre avec beaucoup de rapidité sur la face dorsale de la main et sur les parties latérales du médus. A la même époque, la dernière phalange, au niveau de laquelle la lésion s'était tellement affaissée qu'elle paraissait presque guérie, reprit son aspect primitif. A aucun moment, on ne remarqua de suintement ni de suppuration.

Comme traitement on fit des applications d'emplâtre salicylé à 5 0/0, puis à 10 0/0 et on donna à l'intérieur de l'arsenic. Sous l'influence de cette médication, les productions papillomateuses que présentait la lésion, s'affaissèrent et, au bout de plusieurs mois, elles avaient presque entièrement disparu. En février 1886, les points malades avaient une teinte peu différente de la normale, quoique un peu bleuâtre, et la peau avait presque repris sa première élasticité.

Le malade avait, entre temps, des hémorragies pulmonaires. Quelques temps après, il mourut de consommation à l'hôpital.

La terminaison fréquente d'une lésion aussi bénigne en apparence que le lupus érythémateux par des accidents tuberculeux mortels, est un des éléments qui en assombrit le plus le pronostic et dont on doit tenir grand compte au point de vue thérapeutique.

(d) *Généralisation du lupus.* — Les symptômes généraux qui accompagnent certaines formes de lupus érythémateux généralisés (fièvre, albuminurie, œdèmes, anthropathies, etc.) dont certaines variétés se terminent presque fatalement par la mort, donnent bien l'idée d'une infection générale. Comment comprendrait-on qu'une lésion purement locale, un simple érythème de cause externe, puisse donner lieu à des phénomènes aussi graves ? Ces cas, qu'on a voulu différencier du lupus érythémateux, sont unanimement reconnus comme tels depuis les observations de Kaposi (1), Hallopeau (2), Petrini (3), Philippson (4) Lassar (5), Lilienthal, du Castel (6), etc. Ils ont du lupus érythémateux l'aspect extérieur et l'évolution atrophique consécutive ; ils compliquent souvent les lupus érythémateux types du visage. Comme l'indique Gaucher (7), ces variétés font penser aux éruptions de diverses formes qui accompagnent souvent l'évolution de la granulie. Non pas qu'on puisse considérer ces dernières comme un lupus, mais comme lui, elles sont la manifestation cutanée de l'intoxication générale de l'organisme par les sécrétions du bacille de Koch. Des accidents pulmonaires sont souvent signalés dans ces lupus érythémateux généralisés. (8)

(e) *Existence de lupus mixtes.* — L'étroite parenté qui relie

(1) Kaposi, Sociét. cliniq. de derm., 11 juin 1892 et oct.-novemb. 1890.

(2) Hallopeau, Sociét. de derm. décemb. 1891.

(3) Note sur un cas de lup. éryth. généralisé avec autopsie, Paris 1892.

(4) Berlin, Klin. Wochens., 29 août 1892.

(5) Soc. berl. de Derm., 7 fév. 1893.

(6) Rev. gén. de clin., t. X, pag. 637.

(7) Gaucher, *Semaine médicale*, 4 octobre 1893.

(8) Tenneson, séance du 10 nov. 1892, de la Soc. de Derm. et de Syph. Besnier. Note préliminaire sur une érythrodermie inconnue. — Ann de Derm., 4 avril 1892.

le lupus vulgaire et le lupus érythémateux est également à invoquer, quand il s'agit de plaider leur identité de nature. L'observation X nous a déjà montré, dans la même famille, l'existence des deux formes du lupus. Mais, preuve plus convaincante, on rencontre également chez le même malade l'existence simultanée ou successive du lupus vulgaire et du lupus érythémateux, comme en fait foi l'observation suivante :

Observation XXVIII

(In Th. de LACAVALERIE, Paris 1895).

*Tuberculose pulmonaire. — Lupus érythémateux et
Lupus vulgaire simultanés*

Malade ayant eu à l'âge de dix-neuf ans des hémoptysies ; on le soigne par la créosote, l'huile de foie de morue et les pointes de feu.

A vingt-un ans, apparition *simultanée* sur le nez d'une plaque de lupus érythémateux type, et au devant de l'oreille gauche de lupus tuberculeux vulgaire *d'emblée*. Plus tard, apparition de plaques sur le cuir chevelu avec chute des cheveux et sur la partie inférieure de la joue gauche. Cette dernière, d'abord simplement érythémateuse comme la lésion du nez, a pris plus tard les mêmes caractères que la plaque auriculaire. Le malade, très intelligent, donne des renseignements très précis à ce sujet.

Actuellement ces mêmes lésions persistent et, sans hésitation, on peut porter le diagnostic de lupus érythémateux pour la lésion du nez et les plaques du cuir chevelu, et de lupus vulgaire pour les autres.

Etat général bon, rien à l'auscultation des poumons.

Traitement par les scarifications linéaires quadrillées très serrées, suivies d'applications d'emplâtre de Vigo.

Amélioration considérable en un mois : mais le malade refuse de continuer le traitement.

On voit donc des lupus ayant débuté sous l'aspect érythémateux, se transformer plus tard en lupus tuberculeux vulgaire. Il est vrai que Leloir (1) et Vidal ont rangé ces variétés dans

(1) Archives de physiologie, avril 1891.

une classe à part, celle des *lupus érythématoïdes*. D'après ces auteurs, il serait toujours possible, par une minutieuse observation, de les distinguer des *lupus érythémateux* vrais. Les tissus malades sont plus mous, l'infiltration est plus grande et, dans la profondeur, siègent toujours les lupomes caractéristiques du *lupus de Willan*. On pourrait en apercevoir quelques-uns disséminés superficiellement à la périphérie de la lésion. Il est admissible que certaines formes du *lupus vulgaire* revêtent l'aspect du *lupus érythémateux*; mais, Lacavalerie l'a montré dans sa thèse (Paris 1895), il y a des formes lupiques *réellement mixtes*, présentant d'abord tous les caractères du *lupus érythémateux* le mieux caractérisé, évoluant plus tard vers le *lupus de Willan*. Ceci ne revient pas à dire, comme l'a soutenu Lelongt (thèse de Paris 1887), que le *lupus érythémateux* ne soit que la phase primitive du *lupus vulgaire*, mais il n'en est pas moins vrai que l'existence de ces formes mixtes implique l'identité de nature des deux grandes formes lupiques.

Tous les faits cliniques sont donc accumulés en faveur de l'étiologie tuberculeuse du *lupus érythémateux*.

(H) *Considérations histologiques et bactériologiques.* — Les arguments de cet ordre ne concordent pas avec les conclusions précédentes. Nous nous sommes déjà expliqué sur l'importance qu'on doit leur attribuer. Certaines recherches récentes infirment cependant les résultats obtenus par les premiers observateurs.

Au chapitre de l'anatomie pathologique, nous avons vu que la lésion essentielle du *lupus érythémateux* est l'infiltration du derme par des cellules lymphoïdes, suivie de la dégénérescence et de l'atrophie des couches de la peau envahies. Ces lésions sont banales et nulle part on ne rencontre aucun élément spécifique

caractéristique, ni bacilles, ni cellules géantes. La disposition spéciale de l'infiltration lymphoïde, suivant la distribution des vaisseaux, donne bien l'idée d'une infection sanguine cause de la diapédèse; mais l'origine et la nature de cette infection étaient restées inconnues. Leloir a fait récemment un examen complet de coupes de tissus atteints de lupus érythémateux, après lequel, discutant sa nature et se basant sur les résultats négatifs de ses observations, il repousse l'étiologie tuberculeuse. Cependant quelques observateurs : Iscovesco, le Dr Ravogli, (1) le Dr Morison de Baltimore avaient rapporté des cas de lupus érythémateux dans lesquels ils avaient rencontré des microbes, mais ils n'avaient pu les cultiver et en déterminer l'espèce. Le docteur Audry de Toulouse, a le premier trouvé, sur des coupes de lupus érythémateux type, des lésions caractéristiques de spécificité tuberculeuse. Rien n'y manque, cellules géantes et bacilles. Une seule des plaques, lupiques dont le malade était porteur, n'a pas présenté ces caractères. Nous reproduisons in-extenso cette longue observation à cause de son importance :

Observation XIX

(Séance du 4 Août 1894, de la Société de Derm. et de Syph.).
(Communication du Dr Ch. AUDRY, de Toulouse).

Lupus érythémateux disséminé de la face et des membres, datant de plusieurs années. — Tuberculose pulmonaire ancienne, granulie généralisée. — Mort. — Autopsie.

Une des lésions de la peau offre des lésions tuberculeuses très développées, une seconde des nodules tuberculeux rares, mais typiques; les altérations de la troisième plaque sont complètement indemnes de stigmates de tuberculose apparente.

(1) 9^e Congrès méd. internat. de Washington. Sect. de dermat. et de syph.

L. . . , menuisier, âgé de cinquante huit ans, né à Dax, actuellement errant et misérable, entre à ma clinique le 7 mai 1894.

Pas d'hérédité ; à vingt ans, ictère ayant duré huit jours. En 1886, séjour de trois semaines à l'hôpital Beaujon pour un anasarque qui guérit. Le malade ne peut fournir aucun renseignement précis sur la date du début des accidents cutanés ; il est certain qu'ils remontent à une époque très éloignée et n'ont jamais été traités. En tout cas, les lésions ont toujours évolué avec une extrême lenteur et très froidement, à sec et sans poussées inflammatoires. Sur la cuisse droite, au niveau du condyle interne du fémur, cicatrice adhérente remontant à l'extrême enfance.

Le malade s'est présenté à l'hôpital non pas en raison de l'état des téguments, mais parcequ'il tousse et s'affaiblit et que les pieds sont un peu enflés. Il se trouve à son entrée dans l'état suivant :

Lésion de la peau. — A. Sur la face : au niveau de la branche montante gauche du maxillaire inférieur, depuis le tragus jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire, depuis le milieu de la région parotidienne jusqu'à trois travers de doigt en avant du bord postérieur de la branche montante, le tégument présente une surface entièrement glabre (le malade porte une barbe entière assez abondante d'une couleur fauve), un peu déprimée, recouverte de squames brunes, minces, très adhérentes. On ne découvre aucune trace de papules ni de nodules ; pas de rebord net ; à peine une légère rougeur avec une infiltration minime indique la limite de la lésion. L'épiderme est diminué, atrophié, souple. Le lobule de l'oreille est non pas détruit, mais ratatiné, flétri : Il n'existe pas de douleurs spontanées ou provoquées. Aucune trace d'ulcération ou de nécrose.

B. — Sur la face antérieure de la jambe droite au devant du tibia, s'étendant du cou-de-pied à cinq travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure de cet os, sur une largeur moyenne de cinq centimètres, on constate une seconde et vaste lésion contemporaine de la première et évidemment de même nature ; cependant, elle en diffère par la blancheur atrophique très accusée de toute la zone centrale, l'apparence brillante de l'épiderme déprimé. Pas de cicatrice ; les bords, semés de squames blanches, fines, adhérentes, sont représentés par une bande de peau fortement pigmentée.

Enfin, sur la face interne de la cuisse gauche, placard de date indéterminée, mais plus récente, grand comme une pièce de cinq francs, recouvert d'une croûte adhérente et solide. Celle-ci, arrachée met à nu une surface un peu infiltrée, colorée en rouge bleuâtre, sans nodules ni rebord : l'avulsion de la croûte laisse la plaque couverte de microscopiques élevures papillaires :

au sommet de chacune d'elle perle une fine gouttelette de sang ; dès le lendemain, le placard présentait une surface rose, un peu squameuse, farineuse, indolente.

Il existe en outre une hernie graisseuse de la ligne blanche (sous ombilicale) et une épiplocèle inguinale droite.

Les muqueuses, le cuir chevelu sont intacts. Le malade est assez affaibli ; huit jours après son entrée, l'œdème léger, qui était localisé autour des malléoles envahit rapidement les membres inférieurs tout entiers, puis l'abdomen (ascite, œdème de la paroi), les mains, les bras, la face sans que jamais la température atteigne trente huit degrés. Les urines sont absolument normales.

Le malade tousse et rejette des crachats muco-purulents assez abondants.

Dans le tiers supérieur du poumon gauche, quelques râles humides fins, localisés, accompagnés de respiration soufflante. Quelques râles fins disséminés. On ne trouve pas de bacilles dans les crachats.

Diagnostic : lésions anciennes de lupus érythémateux disséminé et aussi typique que possible ; cachexie d'origine indéterminée, cancéreuse ou tuberculeuse ; emphysème ou tuberculose pulmonaire.

Traitement : KI à l'intérieur. Pommades inertes sur les lésions cutanées.

21 Mai. — Sous l'influence de l'œdème qui augmente considérablement, l'épiderme qui revêt le placard atrophique de la jambe droite est tendu, aminci ; çà et là, quelques petits foyers hémorragiques sous épithéliaux, mêmes désordres sur l'ancienne cicatrice de la cuisse gauche.

Les jours suivants, soulèvement de l'épiderme en grosses bulles irrégulières pleines de sérosité jaune, transparente, qui se crevèrent spontanément, laissant des érosions superficielles étendues qu'on pensa soigneusement. L'apyrexie continue.

25 Mai. — Sur l'œdème diffus des avant-bras, se localisent des zones très étendues d'œdème circonscrit de la peau semblables à une urticaire colossale ; sur ces œdèmes circonscrits, s'installèrent bientôt de grosses bulles transparentes dont quelques-unes (rares et petites) étaient entourées d'un mince liseré violet. Le nez présentait à son extrémité, et du côté gauche, une plaque d'œdème violacé sur lequel apparurent bientôt des bulles blanches multiples.

Le malade alla en s'affaiblissant progressivement, sans fièvre, ni délire, ni anomalie de l'excrétion urinaire. L'œdème était devenue énorme et le malade était couvert de bulles de pemphigus intactes ou crevées dans les points indiqués : il présentait des érythèmes, de la desquamation pseudo-ichtyosique, en un mot tous les accidents que peut entraîner une suffusion

séreuse énorme sous la peau d'un cachectique. Les lésions du lupus érythémateux de la face et de la cuisse étaient stationnaires, quand le malade succomba le 2 Juin.

L'autopsie fut faite dans de très bonnes conditions, avec l'aide de M. Dannie, chef du laboratoire de clinique.

Elle montra :

1° Un ancien foyer d'ulcération dans le lobe supérieur du poumon gauche adhérent ;

2° Une poussée de granulie pulmonaire récente, peu intense, sans pneumonie ;

3° Quelques granulations disséminées dans les reins, un peu pâles ;

4° Une formidable poussée de granulie péritonéale (pariétale, épiploïque et viscérale.)

M. Dannie fit l'examen histologique des viscères, qui montra :

Dans le foie : de la dégénérescence graisseuse périlobulaire ; dans les reins : un léger degré de néphrite épithéliale, des altérations notables des artères ; dans le poumon : des lésions typiques de tuberculose à toutes ses étapes.

On ne put colorer de bacilles (par le procédé de l'aniline chlorhydrique).

Des fragments de la peau furent excisés trois heures après la mort : ils comprenaient le lobule de l'oreille, le bord inférieur de la lésion de la face, presque tout le placard fémoral, le bord du placard de la jambe. Ils furent fixés par l'alcool, le Müller ou l'osmium, durcis par la gomme ou inclus dans la paraffine, colorés par le picro-carmin (de Ranvier) le carmin aluné ; associé ou non à l'acide picrique ou à l'éosine, l'hématoxyline alunée, l'orcéine, etc.

Une centaine de coupes colorées et examinées ont montré (résumé) :

Lésion de la joue. — Etage profond du derme parsemé de larges infiltrats tuberculeux admirablement caractérisés par leur agglomération nodulaire de cellules embryonnaires volumineuses, se détachant nettement sur l'ensemble du tissu conjonctif de la région, semés de nombreuses cellules géantes parfaitement développées et aussi typiques par leurs rapports avec les nodules que par leur apparence personnelle. Ces infiltrats tuberculeux, souvent étendus, quoique bien limités, occupent toute l'épaisseur du derme, mais n'entament pas le tissu cellulaire sous-cutané ; on ne retrouve plus de tubercules au-dessous des glomérules sudoripares. Un des infiltrats est manifestement situé à côté du goulot d'un infundibulum pileux ; il est à noter que le reste de celui-ci est indemne d'inflammation dans le reste de son étendue.

Lobule de l'oreille. — Mêmes lésions : seulement les infiltrats tuberculeux sont plus étendus, plus diffus. Ils respectent le tissu conjonctif immédiatement sous épithélial et le tissu cellulaire sous cutané. De loin en loin, nids de cellules géantes.

Lésion de la cuisse. — Dans l'étage supérieur du derme, quelques nodules tuberculeux rares, mais tout à fait caractérisés et complets. Il en existe deux ou trois, tout au plus, sur des coupes longues de 0,02 au moins. On ne les retrouve que sur une série de coupes ; cela montre qu'ils sont rares et qu'ils auraient passé inaperçus, si les coupes avaient été moins nombreuses et moins étendues.

Lésion de la jambe. — Lésions habituelles du lupus érythémateux sans la moindre trace de tubercules, malgré l'examen de coupes nombreuses.

L'observation d'Audry, isolée jusqu'ici, sera peut-être suivie d'autres aussi concluantes, si l'on observe la même méthode de recherches. Audry attribue les résultats négatifs des observateurs qui l'ont précédé, au chiffre peu élevé d'examens pratiqués. Il lui a fallu examiner une *centaine* de coupes pour rencontrer les lésions qu'il a décrites.

Ce fait donnerait à penser que le lupus érythémateux est une de ces localisations tuberculeuses à virulence très atténuée, contenant un très petit nombre de microbes disséminés sur les régions atteintes. Il n'est donc pas étonnant que des observations peu nombreuses les aient laissé échapper.

Enfin le microbe pourrait être complètement absent de la plaque lupique, si, comme Brocq le soutient, les toxines secrétées par lui suffisent à créer les lésions du lupus érythémateux.

(I) *Considération expérimentale.* — La notion précédente expliquerait également les insuccès observés dans les inoculations expérimentales. M. Arloing n'a-t'il pas démontré que toutes les tuberculoses à virulence atténuée, et, entre autres, les lésions appelées autrefois scrofuleuses sont rarement inoculables ?

Mais ce foyer infectieux, peu virulent, n'en constitue pas moins un grand danger pour l'organisme. La lésion peut subir des poussées aiguës, pendant lesquelles il semble que l'activité du microbe se réveille. Elle s'étend rapidement en surface et en profondeur et, trop souvent, l'organisme tout entier subit le contre-coup de ce réveil dangereux ; le malade est emporté par une granulie, une tuberculose pulmonaire à marche aiguë avec ou sans généralisation du lupus. L'observation XXII, recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Brousse, indique bien les relations qui unissent ces poussées locales du lupus avec les accidents d'infection générale. On y voit la lésion lupique du visage rougir, s'enflammer, devenir plus apparente, tandis que le malade est envoyé dans un service de médecine, pour une soi-disant fièvre typhoïde, qui n'était probablement qu'une généralisation tuberculeuse, comme l'indique la mort du malade par granulie peu de temps après.

Le coup de fouet donné à la lésion n'a heureusement d'autrefois qu'un retentissement ganglionnaire. Les ganglions correspondants augmentent de volume, la peau rougit et la suppuration peut apparaître. Dans l'observation publiée plus haut, page 53, où les ganglions avaient grossi en peu de temps, la suppuration a lieu. Une ponction est faite. Nous avons vu que l'examen du pus a montré *les bacilles caractéristiques de la tuberculose* et que son inoculation à un cobaye avait entraîné la mort de ce dernier, en peu de temps, par *tuberculose généralisée*.

Quant à l'existence d'une réaction locale sous l'influence de l'injection de tuberculine (Cornil, *Mercredi médical*, 17 déc. 1890), nous n'y insistons pas, à cause de la constatation de cette réaction dans des lésions non tuberculeuses.

On aurait donc tort de se baser sur la benignité apparente du lupus érythémateux ou sur sa faible virulence, pour nier sa nature tuberculeuse et de diriger sa thérapeutique d'après ces données.

(J) *Considération thérapeutique.* — Du reste, les plus ardents défenseurs du lupus érythémateux simple lésion locale, ne s'y sont pas trompés. Tous ont attribué une grande importance à la médication générale et emploient précisément les mêmes moyens dont on a coutume d'user contre la scrofule et la tuberculose : huile de foie de morue, arsenic, iodoforme, etc... C'est un nouvel exemple de l'importance donnée pratiquement aux faits cliniques, même quand ils contredisent les théories admises.

Toutes les observations cliniques, et, en partie, l'expérimentation concourent donc à prouver l'étiologie tuberculeuse du lupus érythémateux.

Peu importe la pathogénie qu'on assigne à cette infection, qu'elle ait une origine externe et que le bacille de Koch, venu du dehors, s'établisse en maître sur les téguments atteints à la faveur d'une brèche ouverte, ou bien que l'inflammation cutanée soit dûe à des toxines venues d'un point quelconque de l'organisme antérieurement infecté ; l'étiologie tuberculeuse n'en existe pas moins.

Pathogénie. — Pour dire un mot, cependant, de la pathogénie, il nous semble que la plupart des observations sont favorables à l'origine toxi-infectieuse des lésions du lupus érythémateux. Nous avons constaté la fréquence des antécédents et des accidents tuberculeux, *antérieurs* à l'invasion lupique. Dans les cas, moins nombreux, où la tuberculose n'est réalisée, d'une façon

avérée, qu'après l'établissement du lupus, on peut admettre l'existence antérieure d'une tuberculose ignorée, latente. On sait combien délicat est le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire, surtout dans les formes chroniques, à longue évolution, à lésions spécifiques entourées d'une solide coque fibreuse, protégeant l'organisme contre une extension rapide ou une généralisation dangereuse.

En se basant sur ces considérations et sur le fait que les accidents dûs au bacille de Koch sont beaucoup plus fréquents chez les malades porteurs de lupus érythémateux que dans les cas de lupus vulgaire, il est permis de considérer la première de ces lésions comme une éruption tuberculeuse *secondaire*, en donnant à ce qualificatif une signification analogue à celle qu'il reçoit dans la nomenclature des lésions syphilitiques. Le lupus de Willan, si fréquent après les érosions simples des téguments, se rencontrant souvent autour des orifices fistuleux donnant issue aux produits émanés des foyers tuberculeux, devrait plutôt être attribué à un accident d'inoculation cutanée du bacille de Koch. Ce n'est pas que l'analogie soit poussée plus loin et qu'on puisse assimiler l'évolution de la tuberculose, à celle de la syphilis. La généralisation d'emblée de cette dernière infection dès l'accident initial, constitue une différence capitale. Mais, quoique les diverses infections n'évoluent pas suivant un plan identique, il est permis cependant de trouver dans leur marche des analogies.

L'absence de bacilles, constatée par la plupart des observateurs, jointe à la coexistence d'autres lésions nettement tuberculeuses, inclinent donc à penser que l'éruption lupique érythémateuse est une infection cutanée secondaire à un envahissement de l'organisme par l'agent pathogène spécifique.

L'observation d'Audry n'en conserve pas moins sa grande valeur, comme preuve de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux. Les constatations qu'elle contient démontrent seulement que, dans certains cas très rares, puisque cette observation est isolée jusqu'à présent, les bacilles peuvent coloniser dans les téguments atteints par le lupus érythémateux. Mais la présence de ces micro-organismes est loin d'être essentielle et nécessaire à la formation des plaques lupiques. On peut l'expliquer par l'arrivée fortuite de microbes, sur un point du revêtement cutané chroniquement enflammé.

Les accidents de tuberculose généralisée qui ont occasionné la mort du malade d'Audry, la constatation, à l'autopsie, de lésions spécifiques dans presque tous les viscères, indiquent bien l'immigration de l'agent pathogène dans presque tous les points de l'organisme. Les lésions inflammatoires du lupus érythémateux, œuvre des toxines microbiennes, constituaient un domicile tout préparé, qu'il ne pouvait manquer d'occuper au moment de l'envahissement de la plupart des organes.

On pourrait objecter à cette pathogénie, que les éruptions secondaires dues aux toxines du bacille de Koch sont connues (éruptions fréquentes de la granulie) et qu'elles ne présentent aucun des caractères du lupus érythémateux. Mais il n'est pas dans les habitudes des infections diverses, se manifestant par des éruptions cutanées, d'user toujours des mêmes éléments éruptifs. On constate bien plus souvent la diversité des nombreuses lésions cutanées ayant une origine commune. La multiplicité des efflorescences secondaires de la syphilis, dépendant probablement du mode réactionnel de l'organisme et de l'intensité du virus infectieux, en est un exemple frappant.

CHAPITRE V

Marche. — Durée. — Terminaison. Complications.

La marche du lupus érythémateux est très variable suivant les cas. Certaines variétés, à évolution capricieuse, apparaissent et disparaissent très rapidement (lupus du type vasculaire de Besnier, érythème centrifuge de Brocq), en laissant ou non des cicatrices. D'autres (lupus érythémateux acnéique de Besnier, forme fixe de Brocq) persistent un temps indéfini, dix, quinze, vingt, trente ans etc..., soit dans le même état, soit entrecoupés de poussées aiguës, pendant lesquelles s'accroissent les lésions. Quand ces formes tenaces entrent en régression, ce n'est qu'au prix de cicatrices atrophiques, indélébiles.

Les malades sont emportés par une maladie intercurrente et, le plus souvent, comme nous l'avons vu, par une complication tuberculose. Selon les remarques de Kaposi, les malades atteints de lupus érythémateux ne deviennent pas vieux en général.

Quant aux formes généralisées, elles peuvent avoir une évolution aiguë ou chronique, primitivement ou secondairement aux formes subaiguës. La terminaison habituelle des formes aiguës franches est en effet la mort à brève échéance.

Nous avons déjà énuméré, chemin faisant, la plupart des complications du lupus érythémateux : adénites, tuberculoses pulmonaires, etc. Nous n'y reviendrons pas. Il suffit de signaler la fréquence de l'érysipèle de la face, chez les malades porteurs de lésions de cette région. Il est à croire que ces inflammations aiguës

des téguments atteints ne sont, dans beaucoup de cas, que des poussées de lupus, accompagnées de symptômes généraux. Cependant, il est logique d'admettre que les tissus chroniquement enflammés, constituant la plaque lupique, sont une porte ouverte aux infections secondaires.

Quoiqu'il en soit, tous les auteurs ont signalé ces érysipèles à répétition. Comme une certaine amélioration ou même la disparition du lupus ont été observées après les poussées érysipélateuses, on en avait conclu hâtivement à leur guérison ; Besnier a fait justice de ces assertions (Winténitz. *Prager med. Woschen.* 1887, n° 10).

CHAPITRE VI

Pronostic.

Il nous faut distinguer le pronostic local et général :

(A) *Pronostic local.* (a) *Formes fugaces.* — Localement, le pronostic varie beaucoup suivant les variétés. Les formes que Brocq a nommé *erythèmes centrifuges* sont les moins graves. Les lésions en sont superficielles et disparaissent avec une grande facilité. Mais elles réapparaissent de même et leurs récives fréquentes seules les empêchent d'être classées dans les lésions cutanées bénignes. La déformation de la région n'est, en effet, jamais obtenue et, dans les formes légères, la guérison a lieu sans la moindre cicatrice.

(b) *Formes fixes.* — Il en va autrement dans les *formes fixes*. La tenacité de la lésion fait le désespoir de tous les dermatologistes. Le lupus vulgaire, quoique beaucoup plus déformant et capable de produire de hideuses mutilations, est moins grave au point de vue de la persistance de l'affection. La médication a plus facilement raison d'un lupus de Willan que de certains placards isolés de lupus erythémateux, qui déjouent tous les efforts de la thérapeutique.

(c) *Complications spéciales.* — Localement, il faut encore tenir compte de quelques complications spéciales dont nous avons déjà parlé au chapitre de l'étiologie. Les engorgements ganglionnaires si fréquents, démontrent la faible résistance de l'organisme à l'envahissement de la tuberculose. On doit aussi envisager la localisation du lupus erythémateux. Les placards envahissant la face, produisent une modification défavorable de la physionomie et, par

leurs cicatrices rétractiles, peuvent produire quelques déformations (ectropion etc...). Le lupus du cuir chevelu produit une calvitie en plaques définitive. Enfin, on a remarqué que les plaques lupiques des muqueuses étaient souvent suivies d'accidents graves et de généralisation.

Au point de vue de la transformation possible des lésions en carcinome, le lupus érythémateux a un pronostic plus grave que le lupus de Willan. Tandis que cette fâcheuse transformation a été fréquemment signalée dans cette dernière variété, on ne l'a jamais rencontrée dans le lupus érythémateux.

(B) *Pronostic général.* (a) *Formes locales.* — Après ce qui a été dit, à propos de la discussion de la nature du lupus érythémateux, nous n'avons pas besoin de nous étendre longuement sur cette question. L'état général, l'hygiène suivie par le malade, sa position sociale, sont des éléments importants de pronostic. L'examen des poumons s'impose également. L'état général serait-il bon et l'organisme indemne de localisation tuberculeuse, il faut encore songer à l'avenir et prévoir une généralisation possible, une granulie etc... A ce point de vue, selon la remarque d'Hutchinson, le lupus érythémateux a un pronostic plus sombre que le lupus de Willan, puisqu'il est plus souvent suivi d'accidents tuberculeux.

(b) *Formes générales.* — Quant aux formes généralisées, leur gravité provient de l'envahissement tout entier de l'organisme par les bacilles de Koch et leurs toxines. La lésion locale s'efface ici complètement devant l'infection générale et les accidents graves qu'elle produit et qui entraînent rapidement la mort du malade.

Ces considérations s'appliquent surtout aux formes aiguës et subaiguës de l'adulte. Le pronostic a été fatal dans presque tous les cas de lupus généralisés à évolution rapide.

CHAPITRE VII

Diagnostic différentiel

Les caractères principaux de la plaque lupique sont, avec l'érythème et l'infiltration dermique, les bords saillants et bien limités, l'évolution excentrique, l'atrophie cicatricielle et la desquamation.

Il s'en faut de beaucoup que ce syndrome soit au complet dans tous les cas de lupus érythémateux. Mais la réunion d'un certain nombre de caractères précédents suffit en général pour fixer le diagnostic.

Cependant un grand nombre d'auteurs (Scherwel, Schott, Robinson) ont signalé des observations de lupus érythémateux dont le diagnostic était très hésitant ou n'avait pas été posé. Les poussées syphilitiques surtout, constituent une source d'erreurs. En fait d'éruptions, la syphilis, on le sait, est la grande simulatrice, comme l'hystérie dans un autre ordre d'idées. Heureusement, le traitement spécifique vient tirer le médecin d'embarras.

Ce qui complique davantage le problème, ce sont les formes anormales que présente le lupus érythémateux. Hallopeau et Guillemot (1) ont décrit des formes différant du type classique par l'intensité du processus destructif et par l'existence de suppurations folliculaires.

Hallopeau (2) a cité un cas remarquable par l'hypertrophie

(1) Hallopeau et Guillemot (Soc. franç. de Dermat. et de Syphil., 11 juillet 1895.

(2) Ann. de Derm. 1892, p. 206.

des plaques, hérissées de saillies verruqueuses séparées par des sillons profonds. — Dans l'observation VI, nous trouvons la description de lésions analogues aux précédentes par les saillies papillomateuses signalées.

L'examen microscopique seul permet quelquefois de diagnostiquer le lupus érythémateux, comme chez le malade présenté par Hallopeau et le Damany à la séance du 20 avril 1895 de la Société française de Dermatologie. L'éruption dont il était porteur simulait la *folliclis* décrite par Barthélemy.

Ne pouvant nous arrêter à toutes ces raretés (Besnier, *un cas simulant le mycosis fongoïde*) nous passerons rapidement en revue les lésions communes avec lesquelles on est appelé à confondre le lupus érythémateux.

Les formes généralisées du lupus, présentant des difficultés de diagnostic spéciales, en raison des symptômes généraux qui les accompagnent, doivent être étudiées à part.

(A) *Lupus érythémateux localisés.* (a) *A la face et aux extrémités.* — Quelques lupus érythémateux de la face et des extrémités simulent l'*érythème iris* par leur cercle érythémateux parfait, entourant un plateau central rosé vésiculoïde. Mais cette dernière lésion a une évolution rapide et ne laisse pas après elle de cicatrices.

Les *engelures* se distinguent du *lupus pernio* par leur évolution saisonnière et par l'absence d'altérations folliculaires.

L'ingestion de quelques médicaments (brome, potasse) peut être suivie d'éruptions ressemblant au lupus érythémateux dans leur période de régression. Leurs caractères antérieurs, (suppuration et prolifération), l'étude des commémoratifs permettent de les distinguer.

Quelques variétés d'*acné rosacée* peuvent mettre le clinicien dans l'embarras. Mais la desquamation crétacée, la kératose folliculaire, la présence de quelques éléments d'acné à la périphérie caractérisent bien cette lésion.

L'*eczéma séborrhéique* et le *psoriasis* du visage peuvent, à leur période d'état, simuler le *lupus erythémateux*. Mais l'erreur n'est possible qu'à un examen isolé. L'évolution des lésions, le défaut d'encroûtement et de cicatrices différencient ces éruptions.

Le *lupus vulgaire* type se reconnaît nettement à ses lupomes caractéristiques. Les variétés en nappe où l'élément granuleux n'apparaît pas de prime abord (*lupus erythématoïdes* de Leloir) laissent quelquefois le diagnostic en suspens. Il existe d'ailleurs des formes mixtes, des *lupus* d'abord erythémateux aboutissant, dans la suite, aux *lupus vulgaires* (Lacavalerie, Lelongt). La thérapeutique varie peu, d'ailleurs, dans les deux types.

(b) *Lupus du cuir chevelu et des régions velues*. — Le *favus*, dans sa période d'état, par sa zone erythémateuse et son alopecie cicatricielle, simule les plaques lupiques du cuir chevelu. L'examen des cheveux de la zone congestive établira facilement le diagnostic.

La plaque de *pelade décalvante* est blanche, lisse, uniforme, sans infiltration des bords et ne présente jamais de cicatrices.

Le diagnostic de la *trichophytie* se fait par le microscope.

(c) *Lupus des muqueuses*. — Sur les muqueuses et surtout sur les régions mixtes cutanéomuqueuses (bord des lèvres), l'aspect de la lésion lupique peut faire penser à une ulcération syphilitique ou d'origine mécanique (voir observation IX) ou à une tuberculose proprement dite des muqueuses. La syphilis sera vite dépistée par l'évolution rapide des lésions et par l'effet du traite-

ment; la lésion mécanique par la disparation de la cause irritante, avulsion de dents etc. Quant à la tuberculose, le diagnostic est plus délicat, à cause de l'identité de nature des lésions. Nous avons vu, au chapitre de l'étiologie (voir observation XXI), combien l'hésitation pouvait être grande. Heureusement le traitement est le même dans les deux hypothèses.

(B) *Lupus généralisés*. — La connaissance des lupus généralisés ne date pas de longtemps, par suite des difficultés diagnostiques qu'ils présentent. Les premiers auteurs qui les ont rapportés à leur véritable cause, sont arrivés au diagnostic par élimination et par la constatation, à un certain moment de l'évolution, de placards lupiques types.

Il est rare, en effet, qu'on ne puisse observer l'existence de ces derniers dans le cours de la maladie.

Les symptômes généraux graves accompagnant l'apparition ou la généralisation des lésions, se voient rarement, avec la même intensité, dans les éruptions présentant un aspect analogue. Les accidents pulmonaires sont fréquents dans les cas de lupus généralisés.

Les *érythèmes scarlatiniformes* sont plus rouges et plus étalés. Le doigt ne perçoit pas l'infiltration des tissus profonds. Les squames sont très abondantes; l'évolution de la maladie est rapide.

Les *érythèmes polymorphes* commencent par des lésions élémentaires de diverses formes. Jamais ils ne présentent d'atrophie et leur durée est éphémère.

L'*hydroa* se distingue du *lupus iris* généralisé par son caractère bénin et transitoire; c'est une lésion humide à squames peu adhérentes.

Au *lichen ruber* appartiennent des lésions élémentaires nettement papuleuses, ce qui suffit à le différencier.

CHAPITRE VIII

Traitement

(A) *Indications générales du traitement.* — Les notions acquises sur la nature du lupus érythémateux, doivent avoir leur contre coup en thérapeutique. Bien que personne n'ait nié l'importance de la médication interne, il convient d'insister sur les moyens propres à relever l'état général, à combattre la scrofule et à mettre les tissus en état de lutter contre l'infection tuberculeuse.

Mais il ne faut pas exagérer l'importance de ces moyens et, comme Emery (1), borner son intervention à l'emploi de remèdes internes. La médication locale et, dans certains cas, l'intervention chirurgicale sont nécessaires pour éteindre un foyer local d'infection, menaçant sans cesse l'organisme d'une généralisation mortelle. S'il est bon de mettre les tissus en état de défense, il n'est pas moins nécessaire d'attaquer l'ennemi dans la place et d'empêcher localement sa pullulation.

(B) *Médication interne.* (a) *Médication antiscrofuleuse.* — Elle est constituée par la série bien connue des moyens propres à combattre la tuberculose. Tous les auteurs ont insisté sur l'importance des mesures hygiéniques : habitation salubre, bonne nourriture, vie au grand air, climat tempéré, dans le traitement de la tuberculose en général. A plus forte raison, serait-il coupable

(1) Mémoire sur le traitement du lupus, art. de la *Revue méd. chirurg.*, Paris 1848, cité par Besnier.

de les négliger dans ces tuberculoses locales peu graves en elles mêmes, dont le pronostic se tire de l'état général et de la résistance plus ou moins grande qu'il peut opposer à l'infection.

Enfin, la médication antiscrofuleuse proprement dite, l'huile de foie de morue créosotée (Emery, Devergie (1), Hardy, Bazin, Besnier), les préparations arsenicales (Bateman, Hutchinson), doivent tenir une place importante dans la thérapeutique des lupiques. Dans les cas où les lésions sont peu tenaces et superficielles, il n'est pas exceptionnel de voir la plaque lupique régresser et disparaître sous la seule influence de ces prescriptions (cas d'Hutchinson, obs. VIII).

Bien d'autres préparations ont été recommandées à l'intérieur pour combattre la diathèse scrofuleuse, dans les cas de lupus.

On a successivement préconisé l'iode (Lugol (2) (1786-1851); l'iodure d'amidon à la dose de une à quatre cuillerées à café par jour. M. Call. Anderson, a voulu en faire un spécifique du lupus érythémateux. L'iodoforme, à la dose de 0,50 centigrammes à 1 gramme par jour, préconisée par Besnier et Brocq (3) (voir observation XIII), et l'iodure de potassium (Devergie 1857) ont été conseillés. Les succès des préparations iodées peuvent être dûs à leur emploi dans des cas mixtes, où la syphilis jouait un rôle au moins aussi important que la tuberculose.

Les eaux sulfureuses, arsenicales, le fer sous forme de préparations ou d'eaux minérales, sont également recommandables.

(1) Traité des maladies de la peau. (2^e édition 1851).

(2) Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses.

(3) Deux malades présentés par Brocq à la séance du 4 avril 1894, de la Société de Derm. et de Syph.

(b) *Médication interne anticongestive.* — On est appelé, dans certains cas, à combattre un symptôme qui joue un rôle important dans quelques formes de lupus érythémateux à évolution capricieuse. Les érythèmes centrifuges se font quelquefois remarquer par la prédominance de l'état congestif, comme l'a fait remarquer Brocq. La lésion s'accuse ou même apparaît, à l'occasion de toutes les causes qui font affluer le sang vers les parties atteintes. Aussi l'emploi de médicaments toni-vasculaires et dérivatifs est-il rationnel. Brocq associe l'ergotine, la belladone et la quinine dans les pilules suivantes :

Ergotine.	} aa	0 05	centigrammes
Chlorhydrate de quinine.....			
Extrait de belladone.....		0.001	milligramme
Extrait de gentiane.....		0.05	centigrammes
Excipient de glycérine.....			q. s.

(c) *Traitements divers.* — Nous ne parlerons ici que pour mémoire du traitement par les injections de lymphé de Koch. Cette pratique donne lieu, en effet, aux mêmes réactions locales et générales que dans les cas de lupus vulgaire (1) Cornil (2) Arling (3). Elles ont été abandonnées en raison des dangers auxquels elles exposent les malades. Nous savons que la gravité du lupus érythémateux consiste dans l'infection générale éventuelle à l'occasion de poussées aigües. C'est précisément le résultat qui a été souvent obtenu par l'injection de lymphé de Koch.

(1) Kaposi. — Zur Behandlung des lupus vulgaris mittel's Koss'cher lymphé (communication faite à la Société impériale-royale des médecins de Vienne, 16 Janvier 1891) et Georges Thibierge. Ann. de Derm. et de Syph. 1890, page 941.

(2) Cornil. — Mercredi médical, 17 Décembre 1890, page 625.

(3) Communication à la Société de médecine de Hambourg.

Quant aux traitements proposés par Byrom Bramwell (1) consistant dans l'injection de suc et d'extrait tyroïdien, et par Tommasoli (2) qui injecte localement du sérum de chien, ils reposent sur des cas trop peu nombreux pour qu'on puisse les adopter dans la pratique.

(C) *Traitement local.* (a) *Principes généraux du traitement local.* — L'indication locale, nous l'avons vu, consiste à éteindre un foyer infectieux, en usant de l'action antiseptique, caustique ou astringent de certains agents. De nombreux topiques ont été employés dans ce but. Cette variété de moyens n'est pas à regretter car, tel médicament agit sur l'un, qui n'a aucune prise sur un autre. Il est donc nécessaire de tâter la susceptibilité individuelle de chaque malade.

D'un autre côté l'emploi prolongé de certains médicaments paraît épuiser leur action au bout d'un certain temps et il faut intervenir différemment si l'on veut provoquer un pas de plus vers la guérison. La plupart des topiques indiqués peuvent donc être employés, quelques-uns cependant de préférence aux autres et en observant les principes généraux mis en relief par Brocq : Tâter la susceptibilité individuelle. — Varier la médication. — Songer toujours aux cicatrices consécutives aux topiques employés et s'arrêter quand il faudrait commettre plus de dégâts que n'en comporte la régression spontanée.

Certains auteurs ont divisé les moyens employés en émollients, caustiques et substitutifs. Il faut avouer qu'il est difficile de séparer l'action caustique de l'action substitutive.

(1) *The British med. journal*, 14 avril 1894.

(2) *La Riforma medica*. 20 et 22 mai 1893.

(b) *Médication émolliente.* — Elle consiste dans de simples lotions à l'eau bouillie ordinaire ou boriquée, dans l'emploi des cataplasmes de fécule de pomme de terre, des onctions à l'axonge fraîche, à la vaseline boriquée, au glycérol d'amidon.

Ces moyens anodins sont surtout utilisables dans les poussées congestives de l'érythème centrifuge et dans les cas où l'intensité de l'inflammation contreindique l'emploi de topiques actifs.

(c) *Médication caustique et substitutive.* — Nous n'énumérerons pas toutes les préparations caustiques ou irritantes qui ont été employées contre le lupus érythémateux. L'énumération seule en serait trop longue.

Tous les acides, les alcalis et les sels caustiques, toutes les préparations antiseptiques devraient faire partie de cette longue liste. Aussi nous contenterons nous de dire un mot des topiques les plus usuels.

Quand la lésion lupique est moyennement enflammée, on fait usage, en général, de pommades à l'oxyde de zinc, à la résorcine, ou à l'acide salicylique. Cette dernière préparation, en raison de son activité plus grande, doit être surveillée.

Quand la plaque lupique est fixe, torpide, non enflammée, et qu'il s'agit de réveiller l'inflammation pour substituer à une localisation spécifique une lésion irritative banale, le topique le plus employé, et à juste titre, est l'emplâtre au savon noir de potasse, débarrassé de ses impuretés. On délaye le savon dans un peu d'esprit de vin ou d'alcool camphré, on l'étend en couche de un millimètre environ sur un morceau de flanelle, que l'on maintient appliqué toute la nuit sur la région malade. On peut alterner avec l'emploi d'une pommade à l'acide salicylique appliquée pendant le jour. Ce traitement est très actif: il produit une inflam-

mation des parties malades accompagnée de tuméfaction et de douleur.

Quand ce dernier résultat est atteint, on doit s'arrêter, calmer l'irritation au moyen de cataplasmes ou de pommades à l'oxyde de zinc, avant de tenter une nouvelle application de savon. Il est rare qu'on obtienne pas quelque amélioration par cette méthode.

Les préparations mercurielles sous formes d'onguent ou de lotions au sublimé, le soufre, le phosphore, le goudron, l'iode sous forme de teinture ou de glycérole caustique de Richter.

Glycérine.....	10 grammes.
Iodure de K	} à 5 »
Iode.....	

ou de iode caustique de Hardy :

Eau distillée.....	30 grammes.
I K.....	8 »
Iode métallique...	3 à 4 »

ont été aussi utilisés.

Nous signalerons encore l'emploi de solutions caustiques de chlorure de zinc (voir observation XVI), de nitrate d'argent, de chloraline, (voir observation IX).

Enfin, dans les formes très tenaces, avant d'en arriver aux moyens chirurgicaux, on peut essayer, suivant les conseils de Jameson, l'acide lactique, appliqué pendant 15 minutes au moyen de tampons d'ouate hydrophile ; il faut avoir soin de protéger les parties voisines au moyen de lanoline. Les pâtes ammoniacales, l'éthylate de soude, préconisé dans ces derniers temps, ont été utilisés dans les mêmes circonstances. Mais ces derniers moyens doivent être employés avec ménagement. Ils donnent souvent lieu à des cicatrices trop apparentes.

(D) *Moyens chirurgicaux.* — Ils sont au nombre de trois principaux : le raclage, les scarifications et les cautérisations ignées. Dans les formes fixes et tenaces du lupus érythémateux, qui résistent aux moyens précédents, on est autorisé à intervenir par l'emploi de ces méthodes sanglantes. Ces variétés lupiques ne sont-elles pas une localisation catanée de bacille de Koch ? C'est une tuberculose locale et, comme toujours en pareil cas, il faut extirper le plus complètement possible le foyer infectieux. Cette opération est aussi légitime que celles qui consistent à ouvrir et à racler un foyer de carie osseuse ou à enlever un testicule tuberculeux.

(a) *Limites de l'intervention.* — Certains auteurs (B. Merrill-Rickett, (1) Nobl et Lang (2), suivant ce principe à la lettre, ont tenté l'extirpation complète de toute la région malade et sa restauration par l'autoplastie ou les greffes. Cette intervention très radicale, n'est pas applicable aux lupus érythémateux à larges localisations et, même dans les formes très peu étendues, elle ne donne pas une sécurité plus grande, sous le rapport de la récurrence, tout en étant beaucoup plus compliquée.

Hueter et d'autres auteurs ont préconisé l'extirpation simultanée des ganglions tuméfiés correspondant aux plaques lupiques. Il est certain que, pour être radicale, l'opération devrait enlever ces tissus tuberculeux voisins de la lésion lupique, mais il faut avouer que, dans la plupart des cas, l'engorgement ganglionnaire est si étendu, qu'on recule devant une intervention d'une telle importance, pour obvier à une lésion avec laquelle le

(1) B. Merrill-Rickett (*New-York medical Journal*, 23 sept. 1893, p. 349)

(2) Nobl. Société vienn. de Dermat. 7 février 1894.

malade peut vivre de longues années sans graves troubles de la santé générale.

(b) *Rugination*. — Le raclage, au moyen des divers modèles de curettes, est employé par Besnier dans les formes superficielles, crétacées, de façon à bien enlever l'enduit qui recouvre les lésions et à permettre le contact direct de la plaie sous jacente avec les caustiques.

(c). *Scarifications et cautérisations ignées*. — Elles sont indiquées dans les formes fortement vasculaires ou pour améliorer les cicatrices, après la destruction par le feu des tissus malades (Besnier).

Ce n'est pas ici le lieu de décrire la manuel opératoire de ces interventions. Cette description nous entraînerait trop loin.

Les scarifications doivent dépasser les limites des plaques en étendue et les atteindre au moins en profondeur. En divisant et redivisant les vaisseaux, elles privent les tissus malades de leurs voies nutritives et amènent ainsi leur nécrose. C'est un bon moyen qu'ont préconisé surtout Vidal, Besnier, Brocq, Balmanno-Squirre (voir observations VII et XXVIII). Besnier cependant le place en seconde ligne et emploie de préférence les cautérisations ignées interstitielles avec le galvanocautère (voir observations IV, XII, XIV).

Il base sa préférence sur la possibilité de l'infection générale par l'intermédiaire des vaisseaux divisés et redivisés par le scarificateur. Cette objection est peut-être un peu théorique. Toutes les interventions sur les tuberculoses locales seraient passibles du même reproche. Les cautérisations ignées, pratiquées avec le galvanocautère au moyen d'anses ou de grilles spéciales, présentent cependant comme avantage réel de ne pas provoquer d'hémorragie

sérieuse, pourvu que l'on ait le soin de n'amener la partie cautérisante qu'au rouge sombre. La haute température de l'instrument aseptise jusqu'aux moindres recoins de la plaie.

Quant aux formes généralisées du lupus érythémateux, les lésions locales s'effacent devant la gravité des accidents généraux, surtout quand il s'agit des variétés aiguës ou subaiguës. C'est donc contre l'état général que la thérapeutique sera dirigée : quinine contre la fièvre, toniques et stimulants, etc...

En résumé, médication interne contre la tuberculose combinée à un traitement local par les topiques, antiseptiques et caustiques (acide salicylique, savon mou de potasse) et, dans les cas tenaces, à la méthode sanglante (cautérisations ignées ou scarifications, telle est, en peu de mots, la thérapeutique du lupus érythémateux envisagé dans ses formes ordinaires.

Conclusions

1° Le lupus érythémateux comprend de nombreuses formes localisées ou généralisées. Quelle que soit la forme, on peut distinguer deux types : 1° un type superficiel, mobile, avec plaques isolées apparaissant par poussées et disparaissant rapidement : 2° un type profond, fixe toujours terminé par cicatrices.

2° Les lésions consistent dans une infiltration générale du derme par des cellules rondes de nouvelle formation. Dans quelques cas, on a trouvé les caractères histologiques de la tuberculose, bacilles de Koch et cellules géantes. (Voir l'observation XXIX).

3° Le lupus érythémateux est une lésion d'origine tuberculeuse. On peut appuyer cette affirmation sur l'étiologie de l'affection, son apparition presque constante chez des sujets tuberculeux ou de souche tuberculeuse, sur sa terminaison fréquente par des accidents tuberculeux souvent mortels. Les rapports qui unissent le lupus érythémateux au lupus vulgaire, les complications spéciales à la lésion locale et aux généralisations du lupus et enfin les données histologiques et microbiologiques récentes concordent avec les conclusions étiologiques.

4° A cause de la constance des affections tuberculeuses antérieures, chez les malades porteurs de lupus érythémateux, cette lésion doit être regardée, dans un grand nombre de cas, comme une localisation *secondaire* de la tuberculose, d'origine toxi-infectieuse, par opposition avec le lupus vulgaire, accident primitif, d'inoculation, de nature microbienne.

Cependant, les variétés rebelles, tenaces (formes fixes de Brocq) paraissent attribuables à la fixation directe du bacille de Koch dans les téguments.

5° Le traitement du lupus érythémateux doit être dirigé d'après les mêmes principes que celui des tuberculoses locales. Mais l'origine toxi-infectieuse des lésions donne une grande importance au traitement *général* destiné à fortifier l'organisme, à le mettre en état de défense contre son envahissement par les toxines et à lutter efficacement contre l'*affection* tuberculeuse, apparente ou cachée, qui les a engendrées. Le traitement local a pour but de substituer une inflammation cutanée franche à la lésion torpide spécifique.

Quant aux formes fixes, résistant à toutes ces médications, où la colonisation microbienne dans les lésions et la généralisation mortelle sont à craindre, elles sont justiciables du traitement chirurgical destructif.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 **Arming.** — Société de médecine de Hambourg.
- 2 **Aubert.** — Lyon médical 1876.
- 3 **Ch. Audry.** — Séance du 4 août 1894, de la Soc. de Derm. et de Syph. in Ann. de Derm.
- 4 **Auspitz.** — Archiv. für Derm. und syph. 1871.
- 5 **Balmanno Squire.** — London 1887.
- 6 **Barthélemy.** — Note additionnelle au traité de Durhing, page 563.
- 7 **Bateman.** — Description and treatment of cutaneous diseases London, 1869.
- 8 **Bazin.** — Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, t. II, 1865.
- 9 **Béringier.** — An. des mal. de l'or. et du larynx, 1892.
- 10 **Besnier.** — An. de Derm. et de Syph., t. I, page 686 et 5 avril 1883.
- 11 **Besnier.** — 2^e séance, Soc. clin. heb. des méd. de Saint-Louis, 14 février 1889.
- 12 **Besnier.** — Notes additionnelles à la traduction du traité des maladies de la peau de Kaposi. Edition 1892.
- 13 **Besnier.** — Notes préliminaires sur une erythrodermie inconnue in ann. de Derm. 21 avril 1892.
- 14 **Bidault.** — Thèse de Lille, 1886.
- 15 **Bielt.** — Leçons cliniques in abrégé pratique des maladies de la peau de Cazenave et Schedel, 2^e édit. 1833.
- 16 **Brocq.** — Trait. des mal. de la peau. Octave Doin, Paris 1890.
- 17 **Brocq.** — Soc. de Derm. 16 novembre 1893.
- 18 **Brocq et Leloir.** — Arch. de phys, t. III, page 2.
- 19 **Bulkley.** — Soc. de Derm. de New-York, 22 Janvier 1884.
- 20 **Bulkley.** — Amer. Jour. of med. Avril 1893.
- 21 **Byrom-Bramwell.** — The british med. jour. Avril 1894.
- 22 **Cazenave et Schedel.** — Trait. théor. et prat. des mal. de la peau, 2^e éd. 1833.

- 23 **Castel** (du). — Rev. gén. de clin. page 65, t. XLII.
- 24 **Chatelain**. — Précis Iconograph. des mal. de la peau, A. Maloine 1893.
- 25 **Chatelain**. — Compte rendu de la séance du 29 juillet 1891, du congrès de la tuberculose in ann. de Derm.
- 26 **Chatelain**. — Compte-rendu du congr. internat. de méd. de Londres en 1881, in ann. de Derm.
- 27 **Chatelain**. — Congrès internat. de Derm. et de Syph. 8 sept. 1892.
- 28 **Cornil et Leloir**. — Soc. de biologie, 28 juillet 1883.
- 29 **Cornil**. — Mercredi médical, 17 décembre 1890, page 625.
- 30 **Le Damany et Hallopeau**. — Soc. franc. de Derm., 20 avril 1895.
- 31 **Danlos**. — Séance du 9 mai 1885 de la Soc. franc. de Derm. in ann. de Derm.
- 32 **Devergie**. — Trait. des mal. de la peau, 2^e éd., 1851.
- 33 **Doutrelepont**. — Monatsheft fur praktik. Derm. Juin 1883.
- 34 **id.** — Deutshe medic. Wochensh. 1885, n° 7.
- 35 **Dubreuilh**. — Journ. de méd. de Bordeaux, 21 janvier 1894.
- 36 **id.** — Mercredi méd., 24 janv. 1895.
- 37 **During**. — Traité paru en 1883.
- 38 **Emery**. — Mém. sur le trait. du lup., rev. méd. chir. Paris 1848.
- 39 **Eraud**. — Lyon méd., février 1894.
- 40 **Feulaud**. — 21^e séance, soc. clin. hebd. des méd. de St-Louis, in ann. de Derm.
- 41 **G. H. Fox**. — New-York academy of med. the New-York med. journ., 28 décembre 1889.
- 42 **G. H. Fox**. — The med. News, 3 mars 1883.
- 43 **Gaucher**. — Sem. méd., 4 octobre 1893.
- 44 **Gaucher et Barbe**. — Séance du 13 décembre 1894, Soc. franc. de Derm. in. ann. de Derm.
- 45 **Geddings**. — Sitzungsab. der. Akad. 1868.
- 46 **Gibrat**. — Th. de Paris, 27 février 1889.
- 47 **Guillomot et Hallopeau**. — Soc. franç. de Derm. 11 juillet 1895.
- 48 **Hahn**. — Centralblatt fur chirur. n° 15 de 1883.
- 49 **Hallopeau**. — Soc. de Derm. décembre 1891.
- 50 **Hallopeau et Jeanselme**. — Note sur la nature d'un lup. éryth. cong. de la tub. in ann. de Derm. 1891, numéros 8 et 9.
- 51 **Hallopeau**. — Ann. de Derm. 1892, page 206.
- 52 **Hebra**. — Leçons sur les maladies de la peau, 1858.

- 53 **Hebra.** — Soc. Viennoise de Derm. 27 février 1891.
- 54 **Newins Hyde.** — Journ. of cutaneous and. ven. diseases, Nov. 1884.
- 55 **Hutchinson.** — *British med. journ.*, 14 mars 1885.
- 56 **id.** — Leçons sur le lup. *the british med. journal*, 7 et 14 Janvier 1888.
- 57 **Hutchinson.** — La nat. du lup. et ses rap. avec la tub. *the Lancet*, 17 janvier 1891.
- 58 **Hutchinson.** — Soc. franç. de Derm. et de Syph., 12 Novembre 1891.
- 59 **id.** — *The british journal of Derm.*, octob. 1893, page 298.
- 60 **Iadassohn.** — Arch. fur Derm. und syph. 1891 et 1892, (annoté par Doyen in ann. de Derm. Avril 1892, page 413).
- 61 **Kaposi.** — Soc. Vienn. de Derm., 11 juin et 12 Nov. 1890.
- 62 **id.** — Traité des maladies de la peau, trad. Doyen 1891.
- 63 **id.** — Comm. à la soc. imp. roy. de med. de Vienne, 16 Juin 1891.
- 64 **id.** — Congrès intern. des sciences méd. 16 août 1894.
- 65 **Kiener** — Union med. 1881, page 364.
- 66 **id.** — Soc. med. des hop., 11 février 1891.
- 67 **H. G. Klotz.** — Journ. of cut. and gen. urin. diseases, février et mars 1888.
- 68 **Lacavelerie.** — Th. de Paris, 1895.
- 69 **Ch. Lailler et A. Mathieu.** — Arch. gen. de méd. Juillet et août 1886.
- 70 **Lamaison.** — Th. de Montpellier 1883.
- 71 **Lang.** — Soc. Vienn. de Derm., 1^{er} février 1891.
- 72 **Lassar.** — Soc. de Derm. 16 novembre 1893.
- 73 **Leloir.** — Soc. de Biol., 1882.
- 74 **id.** — Mémoire lu en juillet 1888, cong. de la tuberculose.
- 75 **id.** — Histolog. et Nat. du lup. éryth., arch. de phys., octobre 1890.
- 76 **id.** — Trait. de la scrofulo-tub. de la peau avec planche 1893.
- 77 **Lelongt.** — Th. de Paris 1877.
- 78 **Ch. Leredde.** — Séance du 16 juin 1894 de la soc. franç. de Derm.
- 79 **Lugol.** — Recherches et observations sur les causes des maladies infectieuses.
- 80 **Lustgarten.** — New-York Dermat. society 226^e miting.
- 81 **Mac Call Anderson.** — Annual, miting of the british med. assoc. in cork 1879.
- 82 **Hyp. Martin.** — Arch. de Derm. et de Syph., 25 novembre 1883.
- 83 **Merrill Rickett.** — New-York med. journal, 23 sept. 1893, p. 349.

- 84 **Vittorio Mibelli.** — Etudes sur la comb. du lup. avec le cancer.
85 **Monod et Hallopeau.** — Soc. franç. de Derm., 9 mai 1895.
86 **Neumann.** — Vien. med. Woschensch. 1863; Leçons sur les maladies de la peau 1873.
87 **Neumann.** — Soc. Vienn. de Derm. 1^{er} février 1891.
88 **Nobl.** — id. id.
89 **Petrini.** — Notes sur un cas de lup. éryth. gén. avec nécrop. (Paris 1892).
90 **Philippson.** — Berlin. Klin. Woschensch. 25 avril 1892.
91 **Quos.** — Dissertation inaugurale, Bonn., 1884.
92 **Radelifef Crocker.** — Journ. of cut. and. gen. urin. diseases,
93 **Ravogli.** — Neuvième cong. méd. int. de Washington, sect. de Derm. et de Syph.
94 **Rayer.** — Traité théor. et prat. des mal. de la peau. 2^e édition 1833.
95 **P. Raymond.** — Ann. de Derm et de Syph., 1887 (pag. 157 et 254).
96 **Renouard.** — Th. de Paris, 1884.
97 **Robinson.** — Riforma medica. Napoli 1893, IX, p. 218-227.
98 **id.** — The New-York Dermat. Soc. (5 sept. 1894.)
99 **Scherwell.** — The New-York med. journal, 28 déc. 1889.
100 **Schiff.** — Soc. Vienn. de Derm., 7 fév. 1894.
101 **Schutt.** — Soc. Berlinoise de Derm. 8 mars 1894.
102 **Schutz.** — Archiv. fur Derm. und syph. 1890.
103 **Marcel Sée.** — Gazette des hôpit., samedi 12 octobre 1895.
104 **Tenneson.** — Soc. de Derm., 10 novembre 1892.
105 **Thibierge.** — Ann. de Derm. et de Syph. 1891, page 241.
106 **id.** — Gazette hebdom., 19 mai 1894.
107 **Tommasoli.** — La Riforma méd., 20 et 23 mai 1893.
108 **Veiel.** — Archiv. fur Derm. und syph. 8^e année, 2^e heft. pag. 239.
109 **Vidal (E.)** — Ann. de Derm. et de Syph. 21^e séance. Soc. clin. de St-Louis, 8 juin 1889.
110 **Vidal et Leloir.** — Archiv. de phys. 1891.
111 **Willan.** — Synops. of cutaneous diseases according to the arrangement (London 1815).
112 **Winternitz.** — Prager med. Voschense. 1887, n° 10.
113 **Zeissl.** — Soc. Vienn. de Derm. 1^{er} fév. 1891.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 juillet 1896.
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 10 juillet 1896.
Le Doyen,
J. MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
